

Comunicación interprofesional en atención primaria de salud

Raimundo Pastor Sánchez
Antonio Barbero González
Horacio del Barrio Sánchez
Luis Miguel García Olmos

I Jornada de la Red Española de Atención Primaria
Tres Cantos (Madrid)
14 y 15 de junio de 1996



Comunicación interprofesional en atención primaria de salud

Raimundo Pastor Sánchez
Antonio Barbero González
Horacio del Barrio Sánchez
Luis Miguel García Olmos

I Jornadas de la Red Española de Atención Primaria
Tres Cantos (Madrid)
14 y 15 de junio de 1996

Comunicación interprofesional en atención primaria de salud

Editores:
Raimundo Pastor Sánchez
Antonio Barbero González
Horacio del Barrio Sánchez
Luis Miguel García Olmos

Apartado de correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)
www.reap.es
correo-e: secretario@reap.es

ISBN: 84-933390-0-8

Impreso por: Artes Gráficas AGA
Rufino González, 31 bis - 33
28037 Madrid

Referencia bibliográfica:
Pastor Sánchez R, Barbero González A, del Barrio Sánchez H, García Olmos LM, editores. Comunicación interprofesional en atención primaria de salud. Madrid: REAP; 1996.

"No hay duda que todo conocimiento empieza con la experiencia".
Inmanuel Kant (1724-1804); filósofo alemán.

Dedicatoria:

A todos los profesionales de Atención Primaria,
que con sus actividades resuelven la mayoría
de los problemas de salud de los pacientes.

Los Editores

Agradecimientos

En este libro se recogen las ponencias de las *I Jornadas de la Red Española de Atención Primaria*, celebradas en Tres Cantos (Madrid) los días 15 y 16 de junio de 1996. Queremos agradecer tanto a los ponentes, como a los asistentes, su colaboración y participación.

A los editores del *Boletín REAP* por cedernos los resúmenes de algunas ponencias y textos publicados en dicha revista.

A la revista *Atención Primaria,* por autorizarnos a reproducir el artículo:

- *Barbero González JA, de Diego Berlinches A, del Barrio Sánchez H, Pastor-Sánchez R. Sustituciones de medicamentos en oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 1999; 23(9): 526-32.*

A la *Revista Española de Salud Pública,* por autorizarnos a reproducir los artículos:

- *Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L. La nueva atención farmacéutica: ¿Puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica?. Rev Esp Salud Pública 1995; 69(3-4): 277-82.*
- *Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar Riera T, Abal Ferrer F, Dago Martínez A, Cabiedes Miragaya L, Sánchez Posada I, Álvarez Sánchez G. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Rev Esp Salud Pública 2001; 75(4): 375-88.*

Por último, agradecer la cesión de sus instalaciones (salón de actos y comedor) en Tres Cantos al *Departamento de Investigación de los laboratorios SmithkLine Beecham.*

Índice

Relación de participantes

Francisco Abal Ferrer
Médico general. Carbayín (Asturias).

Teresa Alfonso Galán
Farmacéutica. Profesora titular del Departamento de Ciencias Sanitarias de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

Flor Álvarez de Toledo Saavedra
Farmacéutica comunitaria. Oviedo (Asturias).

Mónica Ausejo Segura
Farmacéutica.
Coordinadora de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Antonio Barbero González
Farmacéutico comunitario. Madrid.
Tesorero de la REAP.

Amado Benito de la Iglesia
Psicólogo del Ayuntamiento de Madrid

Juan del Arco Ortiz de Zárate
Farmacéutico. Director del Centro de Información del Medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya.

Horacio del Barrio Sánchez
Farmacéutico comunitario. Coslada (Madrid).

Marta Durán Escribano
Enfermera. Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

Teresa Eyaralar Riera
Farmacéutica comunitaria. Carbayín (Asturias).

Lotte Fonnesbaek
Farmacéutica comunitaria. Dinamarca.

Luis Miguel García Olmos
Médico de familia. CS La Chopera. Alcobendas (Madrid).

Raimundo Pastor Sánchez
Médico general. Consultorio San Francisco de Paula (Madrid)
Secretario de la REAP. Vocal de Medicina de la REAP.

Presentación

Las razones para celebrar las Jornadas de la REAP sobre comunicación interprofesional en atención primaria, se pueden resumir en dos:

- Necesidad de comunicación personal entre profesionales tan próximos.
- Necesidad de plantear nuevos temas de evolución profesional.

Después de la última Escuela de Verano celebrada en Granada comprendimos que aquel formato estaba pasado de moda, era incompatible con las necesidades de formación requeridas por nuestro colectivo. El exceso de oferta, gratuita en muchos casos, de cursos para médicos en el sector de la Atención Primaria hacía inviable nuestra antigua fórmula.

Empezó a dar vueltas la posibilidad de poner en marcha un formato más reducido, menos costoso y que ofreciera novedades. Estas particularidades se dan en una reunión de fin de semana.

Creemos que se verán cumplidos los objetivos marcados al principio. De una parte, estaremos en contacto, con lo que esto supone de enriquecimiento personal.

De otra, nos reuniremos en torno a un tema monográfico como es la comunicación y colaboración interprofesional, el primer día, y otro como es la labor investigadora de la REAP durante el segundo día. Asimismo contaremos con la presencia de unos compañeros daneses que nos van a contar sus experiencias en un proyecto de Atención Farmacéutica en pacientes asmáticos.

Aunque la Atención Farmacéutica es una posibilidad de desarrollo profesional para los farmacéuticos comunitarios, implica claramente a los médicos como partícipes activos en la mejora de la calidad de vida a los pacientes mediante el uso de la terapéutica del medicamento. Por consiguiente aunque parezca un tema exclusivamente farmacéutico, este comité piensa que los médicos deben mostrar su interés en el mismo. Esto cumple ese segundo objetivo de ofertar la posibilidad de evolución profesional.

Creemos haber explicado suficientes motivos como para que nos acompañes en estos días previstos.

Raimundo Pastor Sánchez
Antonio Barbero González
Horacio del Barrio Sánchez
Luis Miguel García Olmos

Programa I Jornadas de la REAP

Salón de actos del Departamento de Investigación de los Laboratorios SmithkLine Beecham, S.A.

Tres Cantos (Madrid)

PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Viernes, 14 junio 1996

16:45 Horas. Recepción de participantes y entrega de documentación

17:00 Horas. "Importancia de la comunicación interprofesional sanitaria en la atención al paciente"
Conferenciante:
AMADO BENITO DE LA IGLESIA
Psicólogo del Ayuntamiento de Madrid

18:00 Horas. Descanso y café

18:15 Horas. Mesa redonda: "La realidad actual de la comunicación interprofesional sanitaria: soluciones"
Ponentes:
MÓNICA AUSEJO SEGURA
Farmacéutica. Coordinadora de A.P. de la C.A.M.
FRANCISCO ABAL FERRER
Médico general Carbayín (Asturias)
TERESA EYARALAR RIERA
Farmacéutica comunitaria de Carbayín (Asturias). REAP.
MARTA DURÁN ESCRIBANO
Enfermera. Directora de la Escuela de Enfermería de la U. de Alcalá de Henares
Moderador:
JUAN DEL ARCO ORTIZ DE ZÁRATE
Farmacéutico. Director del C.I.M. del C.O.F. de Vizcaya. REAP.

20:00 Horas. Fin de la primera sesión

SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

Sábado, 15 junio 1996

10:00 Horas. "Trabajo de investigación sobre Atención Farmacéutica en pacientes con asma, realizado en farmacias comunitarias de Dinamarca". El papel del farmacéutico.

Ponente:

LOTTE FONNESBAEK
Farmacéutica comunitaria danesa. Miembro de la Red Europea de Atención Farmacéutica

Moderadora:

TERESA ALFONSO GALAN
Farmacéutica. Profesora titular del Departamento de Ciencias Sanitarias de la Universidad de Alcalá de Henares

11:15 Horas. Descanso y café

11:30 Horas. "Trabajo de investigación sobre Atención Farmacéutica en pacientes con asma, realizado en farmacias comunitarias de Dinamarca". El papel del médico.

Ponente:

MÉDICO GENERAL DANÉS
Colaborador del trabajo

Moderadora:

TERESA ALFONSO GALAN
Farmacéutica. Profesora titular del Departamento de Ciencias Sanitarias de la Universidad de Alcalá de Henares

12:45 Horas. Debate sobre las ponencias anteriores

13:30 Horas. Comida

15:00 Horas. Trabajos de investigación realizado por la REAP en los dos últimos años.

Rama médica: "Morbilidad atendida en las consultas de Medicina General"
Ponente:
LUIS GARCÍA OLMOS
Médico de Familia en Alcobendas (Madrid)

Rama farmacéutica: "Evaluación de la intervención farmacéutica"
Ponente:
FLOR ÁLVAREZ DE TOLEDO
Farmacéutica comunitaria en Oviedo (Asturias)

16:30 Horas. Proyectos de investigación a realizar por la REAP en los próximos dos años.

Rama farmacéutica de Madrid: "Evaluación de la sustitución de las especialidades farmacéuticas con receta en farmacias de la Comunidad de Madrid"
Ponente:
ANTONIO BARBERO GONZÁLEZ
Farmacéutico comunitario en Madrid

Rama farmacéutica nacional: "Proyecto de investigación en Atención Farmacéutica sobre pacientes con antecedentes de enfermedades coronarias"
Ponente:
FLOR ÁLVAREZ DE TOLEDO
Farmacéutica comunitaria en Oviedo (Asturias)

18:15 Horas. Asamblea de la REAP y fin de las JORNADAS.

El TRABAJO EN EQUIPO, LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Amado Benito de la Iglesia.
Psicólogo. Centro Integral de Salud de Tetuán.
E.S. Mental del distrito de Tetuán. Madrid.

Hubo un tiempo no muy lejano en el que las especialidades irrumpieron sin miramiento en el quehacer médico. Saber mucho de algo, ser el mejor en tu especialidad era la meta idealista. Esta fragmentación salvaje del saber tenía y tiene sus riesgos. Muy pronto así lo vieron las grandes autoridades de la medicina y avisaron del peligro de perder la visión global del enfermo que suponía este radical particularismo. Advirtieron, en pocas palabras y refiriéndome a la medicina, que se puede tener una gran competencia profesional para tratar la enfermedad y, sin embargo, no ser capaz de tratar bien al enfermo / persona. Recordamos aquí la sabía frase del Dr. Marañón: "No hay enfermedades sino enfermos". La enfermedad no se da en el vacío. Y, a mi juicio, cometeríamos un grave error si no situáramos a la persona en el corazón de nuestras intervenciones y nos olvidásemos de la complejidad y las múltiples dimensiones que constituyen la atención al paciente. Huir de las visiones parciales y especializadas es tener sentido / conciencia de la complejidad, esto es, sentido de la solidaridad entre las partes que la completan.

Si en el plano teórico, hoy en día, resulta difícil negar el entrelazamiento de unos fenómenos con otros y la necesidad de tener en cuenta todos los elementos para su comprensión y explicación, en el campo de la práctica profesional, y en concreto, en el área de los cuidados de la salud, la complejidad, podríamos decir, está en todo momento presente en la vida cotidiana.

Una gran mayoría de los profesionales sanitarios saben que la salud de una persona y/o de una población es el resultado de un conjunto de factores muy diversos, muchos de ellos externos al sistema sanitario. También saben que la calidad final de la atención sanitaria al paciente es el resultado de la suma de la calidad de todas y cada una de las aportaciones de todos los profesionales que han intervenido durante todo el tiempo que ha durado la intervención. Desde el primer instante en que el paciente entra en contacto con el servicio de cuidados de la salud, por cualesquiera de los medios posibles establecidos, todos los profesionales del sistema están

implicados directa o indirectamente (y deberíamos estar comprometidos) con la mejora de la calidad de la atención al paciente. No convendría pues olvidar los aspectos psicológicos y comportamentales del enfermo. El ser humano es un ser evidentemente biológico. Pero como persona es, al mismo tiempo, un ser cultural: meta-biológico. Inmerso en un universo de lenguajes, de ideas y de conciencia, y que, como totalidad, entra en contacto con todos nosotros para demandarnos ayuda.

Entender la atención al paciente como un proceso y una tarea de equipo, en el que las partes son solidarias y aceptan la incompletud de sus recursos y la necesidad del diálogo con el otro debe ser el punto de partida. Sólo desde esta perspectiva, y en el contexto de la relación de ayuda al enfermo / persona, tendrá sentido y utilidad hablar de comunicación, habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

LA INCONGRUENCIA INFORMATIVA

En la práctica, un ejemplo de la importancia que tiene la presencia de las habilidades de comunicación y las actitudes de colaboración en la competencia profesional y su repercusión en la calidad de la atención al paciente lo podemos observar en esto que se suele llamar "incongruencia informativa" entre profesionales sanitarios. ¿En qué consiste la incongruencia informativa?. No se me ocurre un método más didáctico y breve para ilustrarlo que transcribir parte del diálogo que mantuve esta mañana en la consulta de psicología con la madre de un paciente (Niño de 10 años. Enurético. Derivado por el pediatra de zona del EAP al Equipo de Salud Mental del distrito.) mientras hacia la anamnesis:

Psicólogo: ¿Ha sido tratada anteriormente la enuresis de su hijo?

Madre: "No. Bueno... Le llevé, ya hace un poco de tiempo, al médico y le recetó unas pastillas".

Psicólogo: ¿Recuerda el nombre de las pastillas? Madre: "Creo que se llamaban Minurin".

Psicólogo: ¿Y qué sucedió? ¿Cuál fue el resultado?

Madre: "No se las tomó. Bueno, era algo como aerosol nasal. No se lo di al niño".

Psicólogo: ¿Por qué?

Madre: "Bueno... Porque cuando fui a comprarlo a la farmacia que está al lado de mi casa, la farmacéutica, a la que yo tengo mucha confianza, me dijo que no le diera eso al niño. Que no me aconsejaba que le diera esas medicinas. Y ya no se las di. Yo me fío mucho de ella".

Aquí tenemos un ejemplo de lo que es la incongruencia informativa: clara y manifiesta contradicción en la información procedente de dos fuentes distintas que tienen (o deberían tener), sin embargo, los mismos objetivos. Así, ni se favorece el cumplimiento de las prescripciones médicas (sólo el 6,5% de los adultos y el 30,3% de los niños cumplen el tratamiento prescrito al cien por cien), ni la confianza entre los distintos profesionales.

Los motivos de está falta de entendimiento pueden ser varios, pero sería una gran responsabilidad para los profesionales que el fracaso se debiera a la falta de habilidades de comunicación del médico para persuadir al paciente de la utilidad del tratamiento, o a la incapacidad para coordinarnos unos con otros y trabajar en equipo. El cultivo de la cultura del entendimiento y el trabajo en equipo pasa, muchas veces, por cuidar pequeños detalles, algo de cortesía y respetar al otro.

Para ahondar un poco más en mi argumentación voy a tomar otro ejemplo de la vida diaria. Una parte del texto de un anuncio publicitario del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, publicado, al menos dos veces en el mes de mayo de 1996, en un diario de difusión nacional:

... "Sólo un profesional farmacéutico puede dispensar todos los medicamentos que te prescribe el médico, porque un medicamento no es un bien de consumo, sino de salud.

Sólo un profesional farmacéutico te brinda el servicio y la atención personalizado que tu necesitas en cada caso.

Sólo un profesional farmacéutico posee la experiencia y el conocimiento necesarios sobre cualquier medicamento, para asesorarte y resolver tus dudas o consultas"...

Si a este tipo de anuncios añadimos que, desde hace algún tiempo ya, la gente está observando la presencia de medicamentos en anuncios de televisión donde, a veces a modo de coletilla final, se dice: "en caso de duda consulte a su farmacéutico", podemos estar en la

antesala, en un tiempo donde la automedicación se puede convertir en un problema de salud pública (cuando el enfermo es un niño la tasa de automedicación, generalmente dirigida por la madre, llega al 30%), de incitar al paciente que le duele algo a que consulte al farmacéutico, cuando lo lógico sería que consultara a su médico.

No se trata de ver en quién hay que confiar más, sino de confiar en todos los proveedores de los cuidados de salud en la Atención Primaria. Buscar la complementariedad desde la especificidad. ¿Quién duda hoy del papel del farmacéutico como educador para la salud comunitaria? El farmacéutico/a es sin duda alguna, muchas veces el primer contacto del paciente, de las familias o de los ciudadanos con el servicio de Atención Primaria. Conoce muy bien a las personas que acuden diariamente a su farmacia. Habla con ellas y sabe de sus enfermedades, de sus creencias, actitudes y valores sobre la salud. La proximidad, la cercanía, la costumbre de ir una y otra vez a lo largo de días, meses o años a la misma farmacia, da confianza y seguridad a los ciudadanos. La gente termina contando su vida y el farmacéutico o farmacéutica sabiendo la "vida y milagros" de sus pacientes o usuarios. Este conocimiento es muy útil para mejorar la calidad de la atención al paciente, y con cierta frecuencia evita situaciones que podrían poner en peligro la salud de un paciente. ¿ Quién de los farrnacéuticos/as aquí presentes no conoce o ha sido protagonista directo de una historia similar o parecida a esta?.

"Un señor mayor lleva dos o tres días con catarro, bastante tos y un gran malestar general. Acude al médico de familia, Centro de Salud. Su médico, que le conoce muy bien, está ausente por enfermedad. El médico sustituto le atiende. Escucha sus quejas. Explora al paciente. Y le receta mucolíticos, expectorantes y analgésicos.

Al salir del Centro de Salud, el señor Pérez va a la farmacia de toda la vida, la que está al lado de su casa. El farmacéutico le conoce desde hace muchos años y al verle entrar le saluda y le pregunta por su salud. Sabe que el señor Pérez sufrió hace unos meses un accidente isquémico transitorio de repetición, que tiene la tensión alta, que también tiene algún problema con el corazón y que está tomando un anticoagulante oral (*Sintrom*). Al irle a despachar la receta el farmacéutico se da cuenta de que los medicamentos que le ha recetado el médico no son compatibles con los anticoagulantes orales. Al señor Pérez se le había olvidado decirle al médico, cuando éste le preguntó que si estaba tomando algo, que además de la *Digoxina* y el *Renitec*, también estaba tomando *Sintrom*. El farmacéutico no le da los

medicamentos y le aconseja que vuelva al médico y le explique lo que ha pasado".

El descubrimiento de errores en la transcripción de las recetas u otro tipo de equivocaciones, inevitables en todo ser humano, son otro tipo de ejemplos que están en la mente de todos nosotros. Sirven cualesquiera de estos ejemplos para afirmar la relevancia del farmacéutico/a como agente privilegiado de salud, que se preocupa por el mantenimiento de la salud de la población. Son muchas las actividades de educación para la salud que puede realizar diariamente, algunas muy importantes:

- Aclarar dudas sobre como tomar un medicamento.
- Motivar al paciente para que siga las prescripciones del médico.
- Reforzar las conductas y hábitos saludables del paciente.
- Incitar a frenar la automedicación.
- Frenar o estimular la visita / consulta del médico de familia.
- Identificar posibles (y comprensibles fallos humanos) del médico.
- Investigar hábitos y costumbres relacionados con la salud.
- Identificar necesidades de salud de los pacientes y de la comunidad.

Todas estas actividades enriquecen la calidad de la atención al paciente, y son un factor muy importante de promoción de la salud. Pero su alcance y su eficacia serán mucho mayor si están coordinadas y complementan las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que, desde el Centro de Salud, realizan los médicos y el personal de enfermería, y los maestros y profesores desde la escuela. Es la suma de esfuerzos dirigida a un mismo objetivo la que garantizará la calidad de la atención. Y sólo desde esta perspectiva podremos hablar de Atención Primaria integral, interdisciplinar, participativa y comunitaria.

Si de verdad queremos mejorar la calidad de la atención al paciente no nos va a quedar otro remedio que comunicarnos los unos con los otros y trabajar en equipo. La comunicación entre paciente y profesionales sanitarios, la comunicación entre profesionales del mismo nivel de atención, la comunicación entre profesionales sanitarios de distintas disciplinas / especialidades se hace imprescindible. Es el alimento de las relaciones interpersonales. ¿Cómo podremos ayudara al otro sin comunicarnos con él?. ¿Cómo

podremos ayudar al otro sin consultarle y sin tener en cuenta su parecer? Pero, ¿sabernos comunicarnos los unos con los otros? ¿Somos capaces de trabajar en equipo?.

LA COMPETENCIA PROFESIONAL

Nos enseñan muchas cosas en la Universidad. Especialmente lo relativo a la dimensión instrumental de nuestra práctica profesional: teorías, conceptos, métodos, técnicas y procedirnientos. Pero, ¿cuánto sobre los aspectos psicológicos y cornportamentales de la relación con el paciente? ¿cuánto sobre el arte de dialogar?. ¿Quién o quiénes nos enseñan a empatizar y a ganar la confianza del paciente?. ¿Dónde aprendemos a escuchar al otro y a captar los sentimientos experimentados por los pacientes? La habilidad o capacidad para captar las emociones o los sentimientos del otro que está delante de nosotros y saber emitir mensajes sencillos, precisos y comprensibles, que deberían ser dimensiones básicas de la formación integral, van más allá de lo puramente instrumental. Son aspectos que están estrechamente relacionados con la que se denomina dimensiones dialógica y reflexivo-crítica de la competencia profesional. Y, sin tenerlos en cuenta, es imposible la humanización de nuestras profesiones. Sin el diálogo con el otro que demanda ayuda y sin el cuestionamiento personal constante de nuestra actividad diaria no vamos más allá de la relación fría y mecánica que se deriva de tener una visión unidimensional, basada exclusivamente en la ciencia y la técnica o en el mercado. No nos va a quedar más remedio, si de lo que se trata es de hablar con el paciente, acercándonos a la realidad de la enfermedad y del enfermo, para persuadirle e instruirle / educarle sanitariamente, que tener o intentar adquirir habilidades de comunicación. Hay que tener, por lo menos, habilidades de comunicación para:

- Dar y recibir información del paciente, usuario o compañero de equipo.

- Empatizar con el paciente y ganarse la confianza. (Mostrar una actitud cercana y amistosa).

- Hablar sin "jerga" técnica. (Usar palabras sencilla y frases cortas)

- Presentar los mensajes de forma inteligible. (Repetir el mensaje o escribirlo para facilitar la comprensión y memorización.)

- Ilustrar la información con ejemplos cercanos al paciente o a la población a la que se dirige el mensaje. (Enfatizar el mensaje)

- Dialogar y llegar a acuerdos con el otra. (Preguntar y pedir sugerencias u opiniones).

- Captar los aspectos no verbales de la comunicación. (Prestar atención al tono de voz, a los gestos, la mirada, el aspecto físico...)

La posesión y el dominio de este conjunto de habilidades tienen una gran utilidad para las relaciones interpersonales. En las actividades asistenciales (se sabe que los médicos que no saben entrevistar bien a sus enfermos o le dedican poco tiempo son los que más se equivocan en el diagnóstico) y en las de educación para la salud. En la práctica diaria, con frecuencia, se requiere de una gran capacidad de inventiva didáctica para resolver los múltiples conflictos que nos crean los pacientes o usuarios. Todo esfuerzo que se haga para facilitarles la comprensión, memorización y utilización de los mensajes de salud será poco.

Al considerar la calidad de la atención al paciente, hoy ya, no podemos olvidarnos de los aspectos subjetivos. Hay que tener en cuenta tanto la calidad técnica (el resultado, que se refiere a lo que recibe el paciente / usuario), como la calidad funcional (el proceso, es decir, cómo lo recibe). Y así se demuestra en los estudios sobre la calidad percibida por los ciudadanos de los servicios de salud, donde la atención personalizada es uno de los componentes básicos de calidad y grado de satisfacción.

Las habilidades de comunicación, también, son de una gran utilidad para el trabajo en equipo. La comunicación es vital para la vida de un equipo. Sin la comunicación entre los miembros que forman un equipo no es posible el aprendizaje ni el desarrollo personal, y desaparecen las ventajas del trabajo en grupo. Nos necesitamos los unos a los otros. Y la comunicación facilita el encuentro entre las personas. La cooperación entre todos, desde el respeto y la corresponsabilidad, es el camino más sensato y práctico para alcanzar el logro común: la mejora de la atención al paciente y a sus familias.

La búsqueda de excesivo protagonismo personal o corporativo impide la visión del conjunto y dificulta extraordinariamente que nos entendamos en el marco conceptual de unas profesiones, como las sanitarias, en las diariamente ocurren grandes cambios. Son tantas las tareas, tantas las necesidades y problemas de salud en atención primaria, y tan escasos los recursos que sólo las coaliciones de todos los protagonistas y el trabajo en equipo hacen viable la posibilidad de llevar adelante tareas como:

- Diseñar un sistema de información ágil, dinámica y útil para todos los profesionales sanitarios de atención primaria que ayude a superar la incongruencia informativa entre médicos generalistas, especialistas en familia comunitaria, A.T.S., farmacéuticos, veterinarios, pacientes, familias de los pacientes, ciudadanos y la sociedad.

- Planificar, programar y evaluar los programas de salud a implementar en la zona, distrito o área de salud para mejorar la salud personal y comunitaria.

- Elaborar conjuntamente proyectos de investigación sobre los procesos de la salud y la enfermedad de los ciudadanos.

- Favorecer la cultura del entendimiento intercambiando información entre las distintas disciplinas y con la sociedad, desde el respeto y la confianza mutua.

- Rentabilizar al máximo todos los recursos disponibles en el territorio, desde la coordinación y la complementariedad.

- Superar el particularismo estéril que impide tener una visión global de la realidad cuando cada parte intenta vivir y actuar como un todo aparte.

El trabajo en equipo tiene muchas ventajas. Pero para trabajar en equipo no basta tampoco con tener habilidades de comunicación, se requiere además:

- Tener un proyecto común para la Atención Primaria y conocer y compartir los objetivos de salud del plan sanitario global.

- Estar dispuestos los distintos profesionales a compartir información, experiencias y datos relevantes para la mejora de la calidad de la atención al paciente.
- Esforzarse en la adquisición de un lenguaje común para comunicarse eficazmente unos profesionales con otros, con los usuarios y con la comunidad.
- Desarrollar reuniones eficaces de coordinación para hablar de temas de interés común, tomar decisiones y asumir responsabilidades.
- Involucrarse en el logro de los objetivos, participar en las actividades, comprometerse con el otro y estar interesado por los éxitos del grupo.
- Aceptar el papel del coordinador como moderador y dinamizador de las relaciones interpersonales dentro del grupo / equipo.
- Tener libertad para pensar, crear, exponer y expresar las ideas personales, pero conjugándola con la libertad de los otros.

Lograr que estas habilidades de comunicación, comportamientos, actitudes y valores formen parte de la competencia profesional, de cualquiera de las especialidades sanitarias de Atención Primaria, debería ser un objetivo prioritario de los programas de formación permanente. Hay que admitir, sin embargo, que la tarea de adquirirlas y dominarlas exige esfuerzo, gran convinción de su necesidad y mucha práctica.

SE APRENDE L0 QUE SE PRACTICA

Un gran número de conductas y hábitos que realizamos todos los días, casi sin darnos cuenta, los hemos ido adquiriendo a lo largo de nuestra vida. Desde que nacemos estamos aprendiendo nuevos hábitos y nuevas conductas. Siempre es posible aprender algo nuevo. Pero sólo si se practica se aprende. Nosotros, día a día, tenemos la oportunidad de practicar con nuestros pacientes, con sus familias, con los compañeros de atención primaria y con los ciudadanos. Los efectos de nuestro aprendizaje repercutirían directamente en la calidad de la atención al paciente, pero también se apreciará:

- Cuando los distintos profesionales de Atención Primaria participemos en foros de discusión y debate, y seamos capaces de buscar consenso sobre temas comunes.

- Cuando seamos capaces de elaborar conjuntamente, trabajando en equipo, protocolos de recogida de información o proyectos de investigación de interés común.
- Cuando seamos capaces de mantener reuniones eficaces para resolver problemas y tomar decisiones.
- Cuando asistamos a encuentros o reuniones con los ciudadanos y seamos capaces de hablar de forma inteligible y de escuchar sus sugerencias y opiniones.
- Cuando seamos capaces, en resumen, de trabajar juntos sin introducir informaciones que produzcan descrédito entre los distintos profesionales de la Atención Primaria.

Soy consciente que lo que estoy proponiendo es una gran tarea. Pero como todas las grandes aventuras comienzan en el corazón. Sólo conseguiremos entendernos si nos lo proponemos con ganas e ilusión. Los avances humanos sólo se consolidan si los miembros de las colectividades son conscientes de su necesidad y los defienden. Mejorar la calidad de los cuidados de salud en Atención Primaria es una necesidad ética y un desafío a la inteligencia creadora.

RELACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS



Mónica Ausejo Segura.
Farmacéutica de Atención Primaria.
Área XI. INSALUD. Madrid

En estos últimos años se están produciendo muchos cambios relacionados con la Farmacia dentro de las estructuras de Atención Primaria de la Salud. En el año 1.986 se incorporan los primeros farmacéuticos en Atención Primaria en Andalucía, Cataluña y Madrid. En 1.993 se incorpora un Farmacéutico de atención primaria a cada una de las gerencias de Atención Primaria en todo el territorio INSALUD, País Vasco, etc. Su finalidad era impulsar programas de uso racional del medicamento.

El Farmacéutico de Atención Primaria, es el asesor sobre medicamentos en las estructuras de Atención Primaria. A partir de 1.995 y como consecuencia del trabajo realizado por estos profesionales, se autorizan los primeros Servicios de Farmacia de Atención Primaria. Estas estructuras se basan en fundamentos legales, recogidas tanto en leyes de ámbito estatal, Ley General de Sanidad (14/1.986) y Ley del Medicamento (25/1.990), como en las Leyes de Ordenación Farmacéutica autónomas aprobadas hasta ahora: Cataluña (31/1.991) y País Vasco (11/1.994), así como en los Proyectos de Ley existentes en otras Comunidades Autónomas.

Estos Servicios tienen la misión de unificar criterios con relación a la selección y utilización de medicamentos en todo el Área Sanitaria, de forma coordinada a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Precisamente las relaciones de los farmacéuticos de atención primaria con los profesionales de la salud de su entorno se establecen de muy diversa manera según el tipo de profesional de que se trate y fundamentalmente surgen o nacen por las actividades cotidianas asistenciales, que a su vez se enmarcan en la vida o proceso natural de los medicamentos.

Las actividades asistenciales del farmacéutico de atención primaria son:

1. Impulsar la constitución de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
2. Elaborar la Guía Farmacoterapéutica.
3. Promover la realización de Protocolos.
4. Proporcionar información sobre medicamentos.
5. Impartir sesiones farmacoterapéuticas.
6. Información sobre perfiles farmacoterapéuticos.
7. Elaborar, analizar y realizar seguimiento de los indicadores cuantitativos, cualitativos y de calidad de la prescripción.
8. Asesorar a los órganos de gestión.
9. Adquirir, custodiar, conservar y dispensar medicamentos destinados a botiquines de urgencia.
10. Promover coordinación entre estructuras de atención primaria y especializada.
11. Participar en programas de prevención y promoción de la salud.
12. Participar en temas relacionados con la investigación.
13. Potenciar y participar en temas de educación para la salud (relacionados con el medicamento).
14. Colaborar con las oficinas de farmacia.
15. Colaborar con la inspección de farmacia.
16. Colaborar con el sistema de farmacovigilancia.

En la cadena del medicamento intervienen: Industria Farmacéutica, Autoridades sanitarias, Médicos-enfermería, Farmacia Comunitaria, Usuario.

De estos apartados se puede extraer el tipo de profesionales sanitarios con que el Farmacéutico de Atención primaria establece sus relaciones: Médicos, Enfermeras/os, Farmacéuticos, Farmacólogos, Gestores pertenecientes tanto al ámbito de la empresa pública como privada, y pertenecientes a niveles tanto de Atención Primaria como Especializada.

RELACIÓN CON LOS MÉDICOS

Es el profesional con el que más relaciones se establecen ya que el uso racional de los medicamentos es un ideal que descansa sobre todos y cada uno de los eslabones que forman parte de la cadena del medicamento, y de forma importante en el médico. La prescripción racional se consigue cuando un médico ”bien informado, haciendo uso de su mejor criterio (y voluntad), prescribe al paciente un medicamento, bien seleccionado, en la dosis adecuada y durante el

tiempo apropiado".

La relación varía de forma muy importante dependiendo de la ubicación del profesional:

1. ATENCIÓN PRIMARIA: Nuevo modelo de Atención Primaria (Equipos de Atención Primaria), Modelo Tradicional (Cupos), Residencias de Ancianos, Empresas y entidades colaboradoras.
2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
3. UNIDADES COORDINADAS: Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

RELACIÓN CON ENFERMERÍA

EL papel de enfermería en las estructuras de los nuevos modelos ha tomado un papel más independiente, y fundamentalmente en nuestro campo se relaciona por su gran participación en la información sobre medicamentos y educación para la salud.

También en este caso las relaciones son variables dependiendo de la ubicación: Nuevo modelo de Atención Primaria (Equipos de Atención Primaria), Modelo Tradicional (Cupos) y pertenecientes a las unidades coordinadas (UCP).

RELACIÓN CON LOS FARMACÉUTICOS

Las relaciones con otros farmacéuticos dentro de las distintas estructuras es fundamental para la unificación de mensajes, sobre criterios de selección y utilización de medicamentos entre estructuras y niveles asistenciales:

1. Hospital
2. Farmacia Comunitaria
3. De otras instituciones

La mayoría de los problemas de relación con estos profesionales, nacen de la diferencia de intereses que precisamente existen entre niveles y estructuras, pero precisamente lo que se debe potenciar es los puntos que estas estructuras y estos profesionales tienen en común.

Otras relaciones que se exponen, y no por ello menos importantes son con gestores sanitarios, Industria Farmacéutica, Autoridades sanitarias, Técnicos de calidad, docencia e investigación, Comités éticos de investigación clínica, Centros de farmacovigilancia y de información sobre medicamentos.

LA REALIDAD ACTUAL DE LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL SANITARIA: SOLUCIONES



Francisco Abal Ferrer
Médico General.
Carbayín Alto (Asturias)

El médico, ¿con quién se comunica?.

Principalmente con el paciente.

En ocasiones la comunicación será la única arma terapéutica de la que dispondremos, como es el caso de enfermedades crónicas, cambio de enfoque a pacientes terminales o somatizaciones.

Con la familia y, en general, para transmitir serenidad y explicar expectativas.

Con otros médicos, enfermeros y personal auxiliar y administrativo. Comunicación muy dependiente de la relación y de las simpatías personales. Muy poco estructurada.

Comunicación interprofesional con:

• *Personal técnico de Área Sanitaria.*

- Epidemiólogo.
- Técnico de Salud.
- Farmacéutico.
- Informático.
- Educador para la Salud.
- Gerencia.
- Inspector.

Estructurado principalmente el flujo hacia el médico y poco formalizado, salvo el acopio y envío de datos, desde el médico.

• *Enfermero.*

Muy dependiente de la relación personal. Puede ser totalmente formal o bien absolutamente informal.

• *Nivel especializado.*

Formalizado por la Administración Sanitaria. Cambio cuando existe relación personal directa.

• *Farmacéutico.*

Relación no estructurada, informal.

Está fuera de la sanidad pública, puede no existir, y de hecho no existe en muchas ocasiones o se limita a una relación comercial.

Evolución de la experiencia personal en relación con el servicio de la oficina de farmacia.

- Dispensación como última meta en relación farmacia paciente.
- Evitar faltas.
- Sustituciones de medicamentos.
- Prescripción por D.C.I.

Criterios para la elección de un producto. Información del médico.

- *Terapéutica.*
  Concepto amplio.
  De la prescripción al efecto final.

- *Prescripción por D.C.I.*
  - Diferencias de biodisponibilidad.
  - Estudios realizados con determinada marca comercial.
  - Precio.

- *Jornada laboral. Distribución del tiempo.*
  - Estructuración de la intercomunicación con farmacia.

Relación con farmacia dentro del nuevo modelo de atención farmacéutica.

- Solapamiento con otras actividades ofertadas por la sanidad pública.
- Sistema de evaluación y formación continuada.
- Actitud crítica de la prescripción.
- Información al paciente:
  - Refuerzo.
  - Interacciones.
  - Efectos secundarios.
  - Educación para la salud.

Accesibilidad interprofesional recíproca.

UNA EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN PROFESIONAL



Teresa Eyaralar Riera
Farmacéutica comunitaria.
Carbayín Alto (Asturias)

La colaboración profesional médico-farmacéutico en Atención Primaria es fundamental si se pretende disminuir la morbi-mortalidad provocada por los medicamentos con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Sin embargo hoy por hoy y en la práctica es un tema conflictivo, probablemente porque el único motivo de la relación actual es resolver problemas burocráticos de las recetas para poder cobrar el medicamento dispensado. La remuneración del farmacéutico por margen comercial genera falta de estímulo profesional y da la imagen de simples comerciantes de bata blanca.

Nuestra experiencia es el resultado de asumir de forma conjunta la necesidad de colaboración para resolver aquellos problemas relacionados con medicamentos (P.R.M.) que se detectan en la oficina de farmacia. Es por tanto una experiencia individual que no es extrapolable ni garantiza la continuidad del proceso.

El instrumento para que la cooperación sea efectiva está en la puesta en práctica de programas de Atención Farmacéutica (A.F.) como parte del proceso asistencial. El papel conjunto que juegan médicos y farmacéuticos viene definido por:

- Elección del programa respondiendo a las necesidades
- Establecer los objetivos sanitarios
- Desarrollo del programa y evaluación

A continuación, se exponen algunas diferencias entre detección esporádica de P.R.M. (A) e *implantación de programas de A.F. (B).*

CONOCIMIENTOS SOBRE EL MEDICAMENTO

A) Conocimiento exhaustivo de todos los medicamentos. En la práctica es limitado y condiciona el número de casos que se detectan.

B) *Conocimiento solo del grupo de medicamentos que afectan al programa. Los P.R.M. a prevenir o detectar están detallados en el*

programa.

OBJETIVO SANITARIO

A) Evitar P.R.M. en general. Demasiado amplio. Lo impone el farmacéutico y el médico lo desconoce.

B) *Se establece conjuntamente con el médico y marca los contenidos del programa de A.F. que debe responder a las necesidades reales de la población atendida.*

CAPTACIÓN DE PACIENTES

A) Depende de nuestros conocimientos, estado de ánimo, volumen de trabajo, actitud del paciente. Son susceptibles todos los pacientes.

B) *Hay un protocolo establecido conjuntamente que recoge los criterios de inclusión de pacientes en el programa.*

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

A) Hay que someter a todos los pacientes a un diálogo estructurado.

B) *Hay seguimiento de los pacientes que se decidió incluir en el programa.*

EVALUACIÓN

A) Solo se pueden evaluar las intervenciones farmacéuticas registradas. Es difícil establecer el denominador para utilizar como indicador de calidad de todo el proceso de dispensación.

B) *Se evalúa de forma conjunta un proceso asistencial. Se pueden medir los resultados de la implantación del programa y por tanto establecer indicadores de calidad.*

REMUNERACIÓN

A) Es difícil cuantificar en función de que se paga.

B) *Los programas de A.F. tienen un costo y por tanto se les puede poner precio.*

APLICABILIDAD

A) Los voluntarismos son difíciles de generalizar y están sujetos a la actitud individual en cada momento.

B) Es un modelo de ejercicio profesional a enseñar en las facultades. La Administración y la sociedad deben exigir la puesta en práctica del mismo.

LA REALIDAD DE LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL. UNA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA.

Marta Durán Escribano
Profesora Titular E.U. Directora de la Escuela Universitaria de Enefermaría de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

La era que vivimos está definida por el avance científico y tecnológica, que determina una nueva forma de comunicación. Estamos en la llamada era de la información.

El desarrollo de la tecnología aplicada a la información no sólo está condicionando los medios por los que recibimos la información, sino también la cantidad, calidad y fuentes por las que las personas nos comunicamos. La capacidad de asimilación, interpretación y utilización de los datos y en general de la información está poniendo en primer término, lo que el sociólogo John Naisbit (1985) a denominado "el poder de la mente". La capacidad de "poder" estará por tanto determinada por la capacidad de reflexión, por el razonamiento y por el desarrollo del pensamiento intelectual, situación que cada vez más, desplaza a los poderes tradicionales de la fuerza en el trabajo, del estatus jerarquizado y de la determinación social de los grupos humanos.

Esta reflexión, viene al caso como Introducción para un tema tan complejo y a la vez singular como es la comunicación interprofesional. Para podernos comunicar en primer termino, tenemos que;

- tener qué comunicar, esto es el contenido y método
- saber cómo comunicarlo, la manera, la calidad de la comunicación, y
- saber a quién comunicar, la interrelación, el entorno.

La comunicación en el medio de las profesiones sanitarias, tradicionalmente, ha sido unidireccional, el lenguaje médico ha dominado la comunicación sanitaria y desde esta perspectiva el entorno socio-sanitario ha participado de esta cultura. El reto hoy para la profesión enfermera es sabor qué, cómo y a quién comunicar y desde esta premisa incorporar en el lenguaje sanitario aquellos aspectos definitorios de la oferta de servicios que dan las enfermeras en el sistema de salud.

Para ello, voy a orientar el debate en tras líneas;

1.- La evolución del sistema de salud y la identidad profesional.

2.- Los sistemas de información como instrumento de comunicación.

3.- La investigación como elemento clave de la comunicación.

1.- La evolución del sistema de salud y la identidad profesional.

El reconocimiento constitucional de la salud como un derecho de las personas, viere a posicionar una realidad que no es sino la respuesta a un hecho constatado de la evolución social y económica del país, del paso de la lucha por la enfermedad a una situación definida en términos de calidad de vida y bienestar social. El aumento de la expectativa de vida y la cronicidad de los procesos mórbidas, la capacidad de elección de embarazo por la pareja y la disminución de la natalidad, y el desarrollo de un sistema social y económico que asegura la protección social, son detonantes de la evolución y el progreso socio-cultural. De todo esto se deriva un efecto perverso que se relaciona con el gasto incontrolado de los servicios de salud, sin guardar con ello relación de equilibrio con los niveles de salud de la población.

El análisis de la crisis está abierto, y la cuestión se centra en la reorientación de los servicios de salud y la definición de nuevos perfiles de las profesiones sanitarias. La aceleración hacia la alta especialización de los profesionales de la salud se cuestiona para retomar la formación generalista. Los avances de la tecnología aplicada a la atención sanitaria desvían el objeto de la atención de salud, obligando a redefinir el eje de la atención en la persona necesitada de atención de servicios y prestaciones de salud. La asistencia meramente curativa de las últimas décadas va a dar paso a la atención global de la persona orientada desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Aparece la cultura del cuidado de la salud y del bienestar.

En este contexto, la profesión enfermera cuya identidad reconocida históricamente se perfila en el cuidado al lado de las personas que por incapacidad o déficit no tienen el conocimiento, la motivación o la capacidad para autocuidarse, bien debido a situaciones de alteración de la salud o de cambios derivados del desarrollo de la persona, adquiere relevancia desde su capacidad profesional para dar respuesta a las nuevas demandas de salud.

La evolución del concepto de cuidado de las personas, en términos de salud, cuando requiere una respuesta profesionalizada, la vamos a identificar con el servicio enfermero que se oferta a través de una relación de ayuda a la persona / comunidad.

El contexto en el que se desarrolla la atención de cuidados está condicionado por un entorno cambiante, en el que influyen por una parte los nuevas patrones de salud y enfermedad, condicionando la necesidad de respuesta a las nuevas demandas, de otra manera, las políticas de salud y la organización de los servicios. Corno factor significado para la enfermería, es de destacar el desarrollo profesional protagonizado desde países como Estados Unidos y Canadá que han marcado desde la mitad de este siglo una fuerte evolución en la profesión enfermera.

Desde esta perspectiva, la actualidad de la organización sanitaria conlleva el trabajo en equipo interdisciplinar, hoy más desarrollado en la Atención Primaria de Salud, y en donde la enfermera debe saber aportar al equipo la delimitación del campo de atención enfermero para poder comunicarse en el marco de objetivos comunes en términos de salud para la población.

La comunicación enfermera en el equipo de salud esta determinada por:

A.- Qué comunicar.

- La delimitación del campo de atención. El reconocimiento internacional de las taxonomías diagnósticas de enfermaría, donde la NANDA ha celebrado ya la undécima conferencia en la que participan representantes de muy diferentes países. El Grupo Español de Diagnósticos de Enfermería (GREDE), asociado a la NANDA y que cada vez adquiera mayor relevancia en el ámbito nacional. Todos ellos con el apoyo de los sistemas de salud, han de ser los impulsores para incorporar el discurso profesional en la comunicación y el lenguaje de los servicios socio-sanitarios.
- Los métodos empleados para la resolución de problemas de atención enfermera. La acción sistematizada de la atención sanitaria deberá ser la base del discurso interprofesional ya que cualquier planteamiento o cuestión no contrastada tan sólo conlleva a situaciones de posicionamiento de opinión, pero en ningún caso a la reflexión metodológica que permita conclusiones de consenso interprofesional. Las enfermeras hoy estamos abocadas, como el resto de las profesiones de la salud, a la aportación del trabajo riguroso para poder alcanzar la comunicación interprofesional.
- Los recursos y la tecnología empleada. La atención domiciliaria, la atención directa en consulta, el trabajo con los grupos y redes sociales, la atención hospitalaria, definen los campos de

atención enfermera. La tecnología del cuidado enfermero está determinada por la capacidad de incorporar y adecuar los cambios derivados del desarrollo científico y tecnológico aplicados el desarrollo de los autocuidados personales y del cuidado de suplencia o ayuda profesionalizada.

- El foco de atención de los cuidados enfermeros. La atención enfermera se centra en la persona que requiere cuidados de atención de salud. La enfermera Integra el concepto global de la persona y su entorno, entendiendo en ello la percepción individual del entorno por la propia persona, la familia y la comunidad donde conviven.

B.- Cómo comunicar.

- Atención humana y personalizada. La relación de ayuda parte de la definición de objetivos compartidos entre la enfermera y la persona que precisa cuidados. El cuidado del entorno donde se desarrolla la atención, la accesibilidad y la participación, son elementos esenciales para la comunicación.
- Atención ética y con responsabilidad profesional. El respeto por la persona, la valoración de los problemas desde su contexto cultural y la aceptación del consentimiento o negación a un procedimiento de atención de salud, así como la respuesta profesional desde la responsabilidad asumida en términos de calidad, deberá ser la norma o manera de comunicar.
- Atención interdisciplinar. El trabajo en equipo para la atención de salud es el primer eslabón para la comunicación. Los problemas de salud de las personas, no son problemas médicos, ni enfermeros, ni de trabajo social o farmacéuticos, los problemas de las personas son problemas de salud. Por tanto hay que dar respuesta en términos de objetivos de salud, y ello requiere de la comunicación interna del equipo para la coordinación del servicio que ofrecemos.
- Atención en términos de efectividad y eficiencia. La evaluación de los servicios en concepto de calidad y coste de los procesos de atención de salud va a determinar un modo de hacer profesional. Hablar hoy de servicios enfermeros ajenos a la evaluación de los efectos obtenidos con la respuesta profesional, es simplemente estar el margen del sistema. El discurso profesional para el dialogo y la comunicación deberá construirse desde la capacidad constatada de dar respuesta a las necesidades sociales.

C.- A quién comunicar.

- Difundir los proyectos profesionales en el entorno socio-sanitario. La tendencia de la profesión enfermera ha sido en los últimos años la de nutrirse a si misma de la incorporación de un nuevo lenguaje profesional. Si bien esto puede tener una explicación desde su reciente incorporación al desarrollo de un pensamiento propio, hoy no puede mantenerse el aislamiento y la incomunicación, donde la sociedad en general y el sistema de salud en particular no están participando de este desarrollo. La responsabilidad de la incomunicación para mi, en este sentido, se debe en gran parte a una falta de estrategia profesional para difundir el nuevo perfil enfermero.
- Participar en asociaciones científicas. Cada vez son más las asociaciones científicas de entidad enfermera, las asociaciones multiprofesionales o la federación de asociaciones que bajo un mismo paraguas integran diferentes grupos profesionales. No obstante, queda aún mucho por hacer en el reconocimiento social de las asociaciones profesionales enfermeras. La indefinición política sobre la ordenación de las profesiones sanitarias en general, y de la enfermería en particular, considero que son un hándicap. La falta de desarrollo de las especialidades y la carencia de carrera profesional actúan como factor determinante en esta cuestión.
- Entrar en el sistema de redes sociales. Entrar a participar en O.N.G., de carácter social, sanitario o de ayuda a los países necesitados, es hoy una necesidad de respuesta a la demanda social. Las enfermeras, como profesión de servicio de ayuda tiene un perfil indiscutible para dar respuesta a esta realidad, no obstante, es hoy el día en el que la propia estructura profesional aún mantiene posicionamientos individualizados, de enfermeras que se integran en redes sociales, pero no existe una respuesta organizada de carácter profesional.
- Utilizar los medios de Comunicación Social. El avance de la tecnología de la comunicación nos obliga a incorporarnos y utilizar los medios existentes. Se sigue echando en falta la opinión enfermera sobre el SIDA, la atención a los ancianos, las dietas saludables, el cuidado del recién nacido, la prevención de accidentes, la orientación y gestión de los servicios y un largo etcétera donde la opinión enfermera en la radio, la televisión, la prensa y otros medios de difusión aportarían la cultura del cuidado para la salud.

2.- Los sistemas de información como instrumento de comunicación.

Entendemos por sistema de información, al conjunto de elementos interrelacionados cuyo objetivo es producir la información necesaria para adoptar una decisión.

Desde esta definición nos hacemos dos preguntas;

- ¿Qué información enfermera tiene el sistema de salud para tomar decisiones?.

- ¿Quién toma las decisiones que repercuten sobre los servicios enfermeros de atención de salud?.

El sistema de información sanitario, se nutre de la base de recogida de datos sobre las prestaciones que se dan en los servicios o unidades de salud. Los sistemas de registro son el resultado de la suma de actividades y prestaciones de salud. La elaboración, procesamiento y análisis de los datos da como resultado la información sanitaria.

Pues bien, el sistema de información, respecto de la actividad profesional nos proporciona entro otros elementos:

- El conocimiento de la situación de salud. La situación de salud hoy sigue definida por indicadores de salud negativa y que tiene como referencia los problemas derivados de las enfermedades, esto es, la morbilidad y la mortalidad. Además quisiera destacar que el concepto de morbilidad está definido por el código internacional de enfermedades, C.I.E. o por la W.0.N.C.A., definida en términos de problemas de salud como alteraciones orgánicas o de los sistemas del cuerpo humano. Nuestra aportación hoy es hacer la propuesta hacia una conceptualización más amplia de los problemas de salud que afectan a las personas, entendemos que, los problemas derivados del déficit de la persona para satisfacer sus necesidades de autocuidado o cuidados dependientes, debemos considerarlos como problemas de salud. Desde esta perspectiva el sistema de información sanitario deberá incluir la taxonomía de problemas de atención enfermera.

- Las prestaciones de servicios. La respuesta profesional a la demanda de servicios de salud está determinada por el enunciado del problema. Si la demanda se formula en términos de enfermedad, la prestación debe ser el servicio médico, si se formula como demanda de recursos sociales, la respuesta son prestaciones sociales, si la hacen en términos de prescripción farmacológica, es el farmacéutico, si lo es como demanda de cuidados es una prestación de servicio

enfermero. El lenguaje del sistema hoy, (o sea, la oferta) es un lenguaje medicalizado y por tanto la demanda responde a ello.

Las Encuestas Nacionales de Salud (1987 y 1992), nos expresan los problemas de salud sentidos por la población en términos de carencias desde la perspectiva de la calidad de vida, y no sólo de la ausencia de enfermedad y en este sentido hablamos del embarazo en las adolescentes, de la autonomía del anciano, de la reducción de minusvalías, de la prevención del cáncer, de la reducción del riesgo cardiovascular, del ejercicio físico, de la alimentación equilibrada..., y de un largo listado de problemas aún escasamente abordados desde las prestaciones de los servicios de salud.

Las prestaciones de servicios enfermeros deberán informar al sistema de salud de la capacidad de respuesta profesional a la demanda de cuidados.

- La utilización de recursos materiales y humanos. La capacidad de respuesta desde el concepto del coste por proceso en las prestaciones sanitarias, es la suma de los recursos materiales, humanos y financieros que requiere una determinada atención de salud. Desde la orientación actual, la contabilidad del coste se ciñe a los procesos derivados del diagnóstico médica (G.D.R.) y en este sentido se hace necesario desarrollar procesos derivados de la atención de cuidados y otras prestaciones.

- Las características de la población atendida. Las variables, edad y sexo, y otras que determinan el tipo de población, nivel de instrucción, conocimientos, etc; deberán incorporarse en el lenguaje del sistema de información.

La información como elemento clave para la toma de decisiones en el sistema de salud, no puede responder solamente a una parte de la atención sanitaria. Como resultado entonces, tenemos la toma de decisiones sesgada. De otra manera hoy, en la era del desarrollo tecnológica y su aplicación a la información, queda determinado que, lo que no consta en la información no existe para el sistema. Un sistema de información sanitario que no contempla la atención enfermera, es un sistema sanitario que no toma decisiones sobre los servicios enfermeros, por tanto que no oferta servicios enfermeros.

3.- La investigación como elemento clave de la comunicación.

Si la incorporación del lenguaje profesional debe ser un hecho en los sistemas de información sanitario, no lo es menos el reto de la investigación enfermera como elemento de comunicación dentro del sistema. Dicho también desde otra perspectiva, la aportación enfermera a la investigación de la atención sanitaria y de la administración de servicios de salud.

La comunicación que parte de la confirmación de hechos consolidados pierde el interés entre las partes. La comunicación que parte de nuevos elementos incorporados al debate ayuda al enriquecimiento del grupo y de cada una de las partes. La comunicación hay, desde el prisma de la investigación es muy incipiente desde la enfermería y con ello quiero hacer hincapié que este tema lo planteo como un reto, elemento clave de la comunicación interprofesional.

Entendemos la investigación desde el cuestionamiento crítico de los hechos naturales y de la propia naturaleza de los hechos. Desde esta premisa puede investigar cualquier persona con capacidad intelectual para responder de forma ordenada a las preguntes que se plantean. Por ello entendemos que la comunicación desde investigación enfermera requiere:

- El reconocimiento de la capacidad investigadora.
- Hacer investigación desde la delimitación del campo propio de investigación.
- Promover la publicación de trabajos científicos.
- Desarrollar la investigación como aportación a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Conclusiones

1.- La evolución de las demandas de salud y la organización de los servicios, favorecen la atención de cuidados enfermeros desde la respuesta profesionalizada.

2.- La comunicación enfermera a través de la investigación y de los sistemas de información sanitaria, son el reto profesional para el próximo milenio.

3.- La comunicación interprofesional y con otros sectores sociales ha de ser la respuesta a una orientación de los servicios de salud, desde la satisfacción de las necesidades de cuidados.

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ASMÁTICOS



LOTTE FONNESBAEK
Farmacéutica comunitaria danesa
(Nota: esta ponencia ha sido resumida y traducida por el Comité de Redacción del Boletín REAP)

La Asociación Farmacéutica Danesa y el Departamento Danés para la Práctica Farmacéutica han iniciado, en cooperación con el profesor Charles Hepler (Universidad de Florida), un proyecto para desarrollar en Dinamarca un programa de Atención Farmacéutica para pacientes asmáticos.

El proyecto comenzó en marzo del año 1993 con un estudio piloto en 4 farmacias y su posterior evaluación. Desde agosto de 1994 a agosto del año 1995 se llevó a cabo un ensayo en 16 farmacias de intervención y en 15 farmacias control.

Esta ponencia tratará de realizar una descripción del proyecto y de cómo se llevó a cabo el TOM (Monitorización de los objetivos terapéuticos) en la farmacia en cooperación con el Médico de Familia y el paciente. Los objetivos del programa son la identificación de los problemas relacionados con los medicamentos y recomendar e iniciar las resoluciones de dichos problemas.

Los problemas relacionados con los medicamentos que se pueden dar se han clasificado en ocho categorías (Strand et al. 1990):

1) El paciente necesita farmacoterapia, pero no la recibe (indicación farmacológica).

2) El paciente toma o recibe un fármaco equivocado.

3) El paciente recibe dosis demasiado bajas del fármaco correcto.

4) El paciente no recibe o no toma el fármaco prescrito.

5) El paciente recibe dosis demasiado altas del fármaco correcto.

6) El paciente experimenta una reacción adversa al fármaco.

7) El paciente experimenta una interacción del tipo fármaco-fármaco o fármaco-alimento.

8) El paciente toma o recibe un fármaco para el cual no existe ninguna indicación médica válida.

Los problemas relacionados con los medicamentos causados

por el comportamiento inapropiado del paciente son a menudo categorizados como problemas de adherencia al tratamiento. Las barreras de la adherencia pueden, sin embargo tener características físicas, psicológicas y sociológicas (Hepler y Strand, 1990).

El TOM incluye:
- Revisión y evaluación de la terapéutica.
- Asesoramiento y educación de los pacientes.
- Monitorización de los objetivos clínicos y psicosociales.
- Comunicación "feedback" con el paciente y su médico de familia.
- Seguimiento continuado.

Inclusión de los participantes (farmacéuticos)

Una farmacia de cada condado de Dinamarca junto con las cuatro farmacias piloto formaron el grupo de farmacias de intervención (16 en total). Estas farmacias se emparejaron con 15 farmacias control. Los criterios para el emparejamiento fueron:
- El tamaño de la farmacia.
- Carga de trabajo definida como el número de prescripciones en relación al número de personas (farmacéuticos y auxiliares) a tiempo completo.
- La situación local de la farmacia.
- El nivel de actividad relacionado con experiencias en el ámbito profesional y cooperación con otros profesionales sanitarios.
- Médicos de Familia que aceptaron participar en el proyecto.

Se pagaron a las farmacias por el tiempo en que los farmacéuticos y los auxiliares trabajaron para el TOM.

Selección de los Médicos de Familia

De todos los médicos cuyos pacientes iban a la farmacia, se eligieron al azar 4-5, además de una lista extra que quedaron de reserva. Los médicos que no estaban interesados en participar en el proyecto, fueron reemplazados por los médicos de reserva hasta que se consiguieron 4-5 médicos por farmacia.

Inclusión de los pacientes

Los pacientes que iban a participar en el estudio, tanto los controles como los del grupo test se incluyeron de la siguiente manera:

1) Por cada médico participante de cada farmacia, se hizo una

lista de todos sus pacientes que en el período posterior al de inclusión, tuvo una prescripción de medicamentos del asma.

2) A los médicos se les envió una lista de sus pacientes para confirmar el diagnóstico del asma y excluir a los pacientes que no reunían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron:
- Pacientes entre 16 y 60 años.
- Con diagnóstico conocido de asma de moderado a severo.
- Que estén utilizando terapia antiasmática.
- Que hablen, lean y escriban en Danés.

Los criterios de exclusión fueron:
- Pacientes con bronquitis.
- Niños menores de 16 años de edad.
- Pacientes con asma leve (uso de beta-2-agonistas dos veces por semana).
- Pacientes con asma muy severa que continuamente son monitorizados por el especialista.
- Pacientes que siguen otros programas especiales de educación sobre asma.
- Pacientes en fase terminal.
- Pacientes con cáncer.
- Pacientes con sida.
- Pacientes dementes.
- Pacientes que son incapaces o que no desean participar.

3) De la lista realizada por los médicos, se eligieron aleatoriamente los pacientes para participar como grupo participante en el proyecto. Se eligieron los primeros 4-5 pacientes más una lista extra que se entregó a las farmacias.

4) Posteriormente se invitó a los pacientes junto con sus médicos a participar en el proyecto, o bien en el grupo control, o bien como grupo de intervención según correspondiera a la farmacia a la que estaban unidos.

5) Si un paciente no quería participar, el siguiente de la lista ocuparía su puesto.

Todos los pacientes tanto del grupo control como el de

intervención recibieron material escrito explicando el proyecto, dando su consentimiento por escrito antes de su inclusión.

Número de pacientes

Se esperaba que cada farmacia incluyera alrededor de 20 pacientes (4-5 pacientes de 4-5 médicos). Fueron incluidos un total de 264 (16,5 por farmacia) de pacientes de intervención y 236 (15,7 por farmacia) de pacientes control. La tasa de abandonos fue de 20,8% para los pacientes de intervención y sólo de 13,6% para los pacientes control.

PROCEDIMIENTO

Después de que los pacientes de intervención habían aceptado participar, sus médicos generales enviaron a las farmacias participantes un informe. El médico podía definir el valor del medidor de flujo que requería la derivación del paciente a su consulta, así como los elementos del TOM que él consideraba que podrían beneficiar más a sus pacientes.

Los elementos del servicio TOM son:

- Instrucción de la técnica de inhalación.
- Educación del paciente sobre el asma y la medicación.
- Evaluación y monitorización del uso de la medicación.
- Evaluación de toda la terapia farmacológica del paciente.
- Enseñanza para la automonitorización: medida del medidor de flujo máximo y uso del diario.
- Instrucciones para la autorregulación de la medicación.

Primera entrevista con el paciente.

El farmacéutico entrevistaba al paciente en el primer encuentro. La duración de esta primera entrevista tenía una duración de una hora a una hora y media.

La entrevista se desarrollaba sobre la importancia del asma, la vida diaria del paciente, conocimiento del asma y obtención de más datos sobre el uso de la medicación por parte del paciente.

Se completaba un informe de monitorización en cada encuentro con el paciente, para evaluar el estado del asma y para monitorizar los síntomas del asma y buscar indicadores de mal control del asma. También se chequeaba las técnicas del medidor de flujo máximo y de inhalación.

El farmacéutico evaluaba la situación clínica, terapéutica, y psico-social del paciente. Los problemas relacionados con los medicamentos eran identificados y evaluadas sus causas.

Se negociaba con el paciente los objetivos deseados y se diseñaba un plan de monitorización individual. También se asesoraba y educaba al paciente.

Los farmacéuticos utilizaban el método SOATP para sistematizar este proceso:

- Datos subjetivos (S)
- Datos objetivos (O)
- Evaluación (A)
- Objetivos (T)
- Plan (P)

Los farmacéuticos realizaban un breve resumen de la entrevista incluyendo temas de la conversación y las acciones derivadas de la entrevista. El resumen también incluía los planes futuros. El informe se realizaba inmediatamente después de la entrevista y era enviado al paciente no más tarde del día después del encuentro. Una copia se conservaba en la farmacia.

Los farmacéuticos también realizaban un pequeño resumen de la conversación y de las recomendaciones, si es que las había. El informe se realizaba inmediatamente después de la entrevista y era enviado a los médicos de familia. Cualquier recomendación del farmacéutico que estuviera relacionada con la terapia del paciente estaba basada en el Informe del Consenso Internacional sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (Internacional Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma, Sheffer et al, 1992). Todos los cambios eran realizados por el médico del paciente, La aceptación de las recomendaciones fue muy alta, como lo demuestra el hecho de que sólo 6, de aproximadamente 400 recomendaciones registradas, no fueran aceptadas.

Actividades del seguimiento

Durante el período de estudio, los pacientes eran revisados aproximadamente una vez al mes. Los encuentros podían ser más a menudo si los pacientes lo requerían.

En todos los encuentros con los pacientes, se revisaba la medicación. Se realizaba una evaluación de la medicación, las condiciones sociales y el estado de salud incluyendo la identificación de los problemas relacionados con los medicamentos. En cada encuentro se registraba la técnica de inhalación del paciente, los valores de flujo máximo y los síntomas del asma. Se revisó el último plan y se diseñó uno nuevo hasta el nuevo encuentro. Se enviaba al paciente un resumen de la consulta y el farmacéutico volvía a enviar información al médico de familia.

Si se alteraba o se añadía una nueva medicación al paciente, se contactaba con el paciente por teléfono después de varios días para realizar el seguimiento.

Los servicios del TOM pueden resumirse en los siguientes pasos:

1.- Análisis de los problemas
2.- Identificación de los problemas
3.- Plan para la intervención
4.- Resumen para el paciente y para el médico
5.- Seguimiento de la medicación

EVALUACIÓN

La evaluación incluía las siguientes partes:

1.- Evaluación del efecto (ensayo controlado). Los datos basales fueron recogidos durante seis meses y los de intervención durante 12 meses tanto en el grupo control como en el de intervención.

Se evaluaron las siguientes variables:

* Efectos clínicos:
- Función pulmonar
- Síntomas del asma
- Días de enfermedad

* Efectos sobre el uso de los medicamentos:
- Técnica de inhalación
- Utilización de la medicación

* Efectos psico-sociales:
- Calidad de vida global
- Calidad de vida relacionada con el asma
- Conocimiento del asma

* Efecto sobre la utilización de los recursos sanitarios:
- Contactos con el sistema sanitario
- Costo de los medicamentos
- Costo del programa

* Satisfacción:
- Satisfacción con la farmacia y con los cuidados sanitarios

2.- El proceso de evaluación comprende:

a) Evaluación sobre los resultados percibidos y las actitudes de los médicos, pacientes y farmacias

b) Evaluación de las intervenciones de los farmacéuticos sobre la terapia del asma.

3.- Análisis económico sanitario

4.- Estudio cualitativo de las entrevistas en 30 pacientes (la mitad del grupo control y la mitad del grupo de intervención).

QUALITY IMPROVEMENT OF DRUG THERAPY FOR ASTHMA PATIENTS

Lotte Fonnesbaek[a], Hanne Herborg[a], Bente Frokjaer[a], Birthe Sondergaard[a], Charles Hepler[b].
[a] Danish College of Pharmacy Practice
[b] University of Florida.

The Danish Pharmaceutical Association and The Danish College of Pharmacy Practice have, in co-operation with professor Charles D. Hepler (University of Florida), initiated a project for implementation of a pharmaceutical care programme for asthma patients in Denmark.

OH 1

The project. started in March 1993 with a pilot study in four test-site pharmacies and has been evaluated. From August 1994 to August 1995 controlled trial was carried out in 16 intervention pharmacies and in 15 control pharmacies. The evaluation of the controlled trial is in progress.

At present I´m employed at the Danish College of Pharmacy Practice. I was previously employed at one of the test-site pharmacies which continued as intervention pharmacy in the controlled trial. My background is therefore primarily based on practice experience though I´m now deeply involved in the data analysis.

OH 2

This paper will present a description of the project and how the therapeutic outcomes monitoring (TOM) service was carried out by the pharmacy in co-operation with the general practitioner and the patient. I will here include a case from "my pharmacy". I like to end this presentation with some results of the project, primarily from the participants evaluation.

Pharmaceutical care has been defined by Charles D. Hepler and L. Strand as:

OH 3

"The responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve the patient's quality of life"

OH 4

Pharmaceutical care is a:

- Continuous quality improvement of drug therapy for the individual patient
- A systematic, structured ongoing, documented process
- Individualized patient care - holistic and outcome oriented

OH 5

The rationale is that drug related morbidity and mortality is a growing problem and can often he prevented.

Drug related morbidity is often preceded by a drug related problem. Strand et al. (1990) have identified eight categories of drug related problems:

OH 6

1. Untreated indications
   The patient has a medical problem that requires drug therapy (an indication for use) but is not receiving a drug for that indication.

2. Improper drug selection
   The patient has a drug indication, but is tanking the wrong drug.

3. Sub therapeutic dosage
   The patient has a medical problem that is being treated with too little of the correct drug.

4. Failure to receive drugs
   The patient has a medical problem that is the result of not having received a drug (e.g. pharmaceutical, psychological, sociological or economic reasons).

OH 7

5. Overdosage
   The patient has a medical problem that is being treated with too much of the correct drug.

6. Adverse drug reactions
   The patient has a medical problem that is the result of ADR or adverse effect.

7. Drug interactions

The patient has a medical problem as a result of a drug-drug, drug-food interaction.

8. Drug use without indication
The patient is taking a drug for no medically valid indication.

Drug-related problems caused by inappropriate patient behaviour is often categorised as compliance problems. The barriers for compliance can, however, have both physical, psychological and sociological character (Hepler and Strand 1990).

OH 8

The purpose of the Danish project is to establish therapeutic outcomes monitoring (TOM) as a continuous quality improvement activity for the medication use process in primary health care.

The TOM activity is carried out by the pharmacy in co-operation with the general practitioner and the patient, The aim of the programme is to identify drug related problems and to recommend and initiate solutions. The objective is to influence, on clinical and quality-of-life outcomes.

Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) includes:

OH 9

- Drug therapy review and assessment
- Patients counselling and education
- Monitoring of clinical and psycho-social outcomes
- Feedback to the patient and the general practitioner
- Follow-up in repeated consultations

The TOM manual from the USA has been adjusted lo Danish conditions and treatment policies and to the culture in Danish pharmacies during and after the test study. The manual has been a major tool for performing a stand a standardised TOM-process, but all pharmacies have organised the programme in a way that would fit into their local conditions.

Inclusion of participants

OH 10

The inclusion of participants took place in May-June '94.

First the selection of pharmacies

One pharmacy from each county (OH landkort BF´s) and the tour "pilot pharmacies" made up the group of intervention pharmacies (16 in all). These were matched with 15 control pharmacies. The pharmacies have all been selected from applicants who responded on an advertisement in Farmaci - the Journal of the Danish Pharmaceutical Association.

Criteria for matching

a) The size of the pharmacy measured by turnover
b) Work load defined as the number of prescriptions in relation to number of persons (pharmacists and pharmacy assistants) converted into full time
c) The pharmacies' local site
d) The, level of activity concerning experiences with professional activities and co-operation with other health care professionals
e) GP accept to participate in the project

At each pharmacy one pharmacist was appointed to be responsible for the TOM-service. A responsible pharmacy assistant was also appointed at the intervention pharmacies as another possible contact person for the patient. Her tasks were primarily to give instruction in inhalation technique and maintain a collection of suitable patient education materials. The Pharmacies were paid for the time the pharmacists and pharmacy assistants spent and therefore lack of financial resources has not been a barrier to implementation.

Selection of General Practitioners

Every pharmacy made a list of the GP's connected to the pharmacy which were sent to the project group at the College. For each of the participating pharmacies 4-5 GP'S were chosen at random including an extra list with a suitable number of GP's. The pharmacy informed all GP's in the area about the project and there after contacted the selected GP's for their acceptance to participate. The GP's who were not interested in the project were replaced by the extra GP's until 4-5 had accepted at each pharmacy.

A total of 139 GP's were included that is approximately 4,5 per pharmacy. The number of GP's was almost constant during the project and only changed if a patient had to move or dropped out.

Inclusion of Patients

The patients for the test group and the control group were included as follows:

1. For each participating GP the pharmacy made a list from their data base of all the GPs' patients who, for a 3-months period ahead of the inclusion period, had had a prescription on asthma drugs filled.

2. The GP's were sent a list over their patients to confirm the asthma diagnosis and to exclude the patients who didn't meet the inclusion criteria.

Criteria for Inclusion

The intention is that the patient population in the intervention should reflect the asthma population, which is treated in primary care but limited to the following groups:

Patients:

- between 16 and 60 years of age
- with known diagnosis of asthma in moderate to severe state
- in anti asthmatic drug therapy
- who speak, read and write Danish

The patient population 16-60 years of age has been chosen as we know from the pharmacies that the teenage group has many problems administrating their own medication and therefore is expected to get full benefit of the TOM service. 60 years of age is the upper limit to avoid too much mingling of diagnoses (asthma/chronic bronchitis) and supplementary diagnoses.

The patients difficulty of asthma is evaluated by the general practitioner according to the "Asthma Morbidity Index" (Jones KP et al., 1992 (enclosure 6).

Criteria for Exclusion

- Bronchitis patients
- Children under 16 years of age
- Patients with mild asthma (only beta-2 agonist with a constantly low use up to two times a week

- Patients with very severe asthma who continuously are being monitored on a specialised ward
- Patients who follow other special programmes for patient education of asthma patients
- Patients in terminal phase
- Cancer patients
- AIDS patients
- Demented patients
- Patients unable/unwilling to co-operate

3. From the cleared list made by the GPs the patients were randomised by the project group. The names of the first 4-5 patients plus an extra list were given to the pharmacy.

4. After that the patients were contacted by the pharmacy in co-operation with the general practitioner with an invitation to participate in the project in the intervention group or the control group corresponding to the pharmacy in question.

5. If the patient didn´t want to participate the next patient on the list was invited in stead.

This procedure guaranteed ramdomised sampling, witch was identical for both control and intervention pharmacies. The procedure of inclusion by using the pharmacy's computer has been notified to the Data]Protection Agency.

Patients in the intervention group and control group received written materials about the purpose of the project and gave written consent before the inclusion.

Number of Patients

Every pharmacy was expected to include about 20 patients (4-5 patients from 4-5 general practitioners). A total of 264 (16,5 per pharmacy) intervention patients and 236 (15,7 per pharmacy) control patients were included. The drop-out-rate was 20,8 % for the intervention patients and only 13,6% for the control patients.

Procedure

After the intervention patients had accepted to participate a referral form was completed by the general practitioner and sent to the pharmacy. The general practitioner could define the peak-flow meter

value which required a referral to him and indicate which elements of the TOM service he considered that the patient could benefit the most from. The general practitioner kept a copy of the referral form for his own record.

The elements of the service are:

OH 11

- Instruction in inhalation technique
- Patient education about asthma and medication
- Evaluation and monitoring of drug use
- Evaluation of the total drug therapy
- Instruction in self-monitoring: Peak-flow measurement and use of diary
- Instruction in self regulation of medicine

First Patient interview

At the first meeting with the patient the pharmacist interviewed them. The duration of this first interview ranged on an average from one hour to one and a half hour.

OH 12

The interview was about the seriousness of the asthma, the patient's daily life, knowledge of asthma and handling plus data about the patients drug use.

OH 13

A patient monitoring form was completed at each encounter with the patient, to evaluate the present state of the asthma and to monitor asthma symptoms and to look for indicators of poorly controlled asthma. The patients peak-flow and inhalation technique was also checked.

The pharmacist then evaluated the patient's clinical, therapeutic and psycho-social situation. The drug related problems were identified and their causes assessed.

Desired outcomes were negotiated with the patient an individual action and monitoring plan was designed. On this background patient counselling and education were provided.

OH 14

The pharmacists used a SOATP method to systematise this process:

- Subjective evidence (S)
- Objective evidence (0)
- Assessment (A)
- Targets of outcomes (T)
- Plan (P)

Feedback

The Pharmacist made a short summary of the interview including subjects of the conversation and actions caused by the interview. The summary also included future plans. The report was made immediately after the interview and sent to the patient no later than the day after the contact. A. copy was kept at the pharmacy.

The pharmacist also made a short summary of the conversation and recommendations, if any to the general practitioner, The report was made right after the interview and sent to the GP. Any recommendation from the pharmacist concerning the patient's drug therapy were given on the basis of "International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma" (Sheffer et al, 1992). All changes were made by the GP. Acceptance of the recommendations was very high, only six (out of about 400 registered) recommendations were turned down.

Follow-up Activities

During the trial period the patient was followed approximately once a month by the pharmacist. The date for the follow-up interview was arranged at the preceding interview. More encounters could be necessary if the patient required it. Telephone calls to follow up encounters were arranged with the patient If necessary. On an average the pharmacist had 9 follow-up conversations (35 min) with the patient and two of these were allowed to be over the phone.

At these encounters the patient's drug use was revised. An evaluation of medication, social conditions and state of health including identification of drug-related problems was made. The patients inhalation technique, peak-flow and asthma symptoms were registered at each encounter. The latest plan was followed up on and a new plan made. A summary of the encounter and a paper with future pans were again sent to the patient and the pharmacist reported back to the general practitioner.

If altered or new medication was required the patient was contacted by telephone after some days for a follow-up on the patient education.

The TOM service can be summarized in the following steps:

1. Analysis of problems
2. Identification of problems
3. Plan for intervention
4. Summary to the patient and the general practitioner
5. Follow-up with new / changed medication

A case from the intervention pharmacy 1 worked in:

Jeanette 31 years
In the first interview she describes a troublesome childhood and youth with many restrictions in the daily life and many visits to the emergency department. She now describes her asthma as much better, but she still had to use her bronchodilator 5-10 times a day.

During the interview she stated, that she was very angry with her GP. I asked why, and she told me that the GP wanted to add an anti-inflammatory therapy. She told me, that she didn't understand this, because she was much better than earlier and was to have a baby by egg-transplantation and didn't want to risk anything.

By using the SOATP model I analysed her problem:

Subjective evidence: She had fear of steroids.

Objective evidence: she used 5-10 puffs a day of her bronchodilator. Her peak-flow was 20% lower than anticipated.

Assessment: She lacked knowledge of asthma therapy and understanding of management of asthma.

Targets or outcomes: The target we agreed on was to remove her fear and lack of knowledge. If possible to lower her need for the bronchodilator.

Plan: The short term plan for her was to receive patient education and start using a diary and measure peak-flow. The long term plan was to remove her fear of steroids and get her started on an anti-inflammatory therapy.

My recommendation to the GP was to wait a few week with the anti-inflammatory therapy. This would allow me to give Jeanette some patient education and hopefully remove her fear of steroids. The GP agreed.

But she wasn't satisfied with her GP and changed to another. After our second encounter her knowledge of asthma therapy improved and she understood the importance of a basis anti-inflammatory therapy. Her fear of steroids disappeared. The first transplantation was a success and she got twins.

Evaluation

The evaluation design followed a combined strategy including a:

OH 15

1. Effect evaluation (controlled trial)
   Data was collected at baseline, at six months and after 12 months' intervention in both intervention group and control group.

See OH 16

The following effect-variables were evaluated:

Clinical patient effects:
- lung function
- asthma symptoms
- days of sickness

Effects on drug use:
- inhalation technique
- medication use

OH 17

Psycho-social patient effects:
- global quality of life
- asthma related quality of life
- knowledge of asthma

Effect on use of health care resources:

- contacts to health care system
- cost of drugs
- programme cost

Satisfaction:

- satisfaction with pharmacy and health care services

2. Process evaluation contains: 1) evaluation of on the perceived outcomes and attitudes of general practitioners, patients and pharmacies; 2) evaluation of the pharmacists' intervention on the asthma therapy

3. Health economical analysis

4. Qualitative interview study on 30 patients (half intervention and half control)

Status of results

OH 18

The final picture for all effect parameters is not ready yet, but there is no doubt what so ever, that the picture will show that the programme works.

The clinical measurements "the asthma status" shows a difference between the intervention- and the control groups, whereas "the peak-flow" has not changed much (the average was high from the beginning). The number of days lost through sickness does not show a clear picture, but the change is positive and might be significant. The analysis of "the consumption of drugs" is not ready yet.

It is the humanistic parameters, which clearly show a difference (knowledge, inhalation techniques, quality of life, "living with asthma"). The score of "general satisfaction with pharmacies and the public health care services" shows an unclear picture which is difficult to interpret. The programme has probably made people aware of dissatisfaction with previous treatment, and, especially in the last period of measurement, increased the demands to the pharmacies.

Results of the process evaluation

The analysis of the pharmacists' intervention will as a main tendency show, that the pharmacists have been able to initiate changes in the patients' therapy such as to more relevant regimens.

The evaluations of the participants of the programme have been collected from intervention -patients, -doctors and –pharmacists / assistants in 3 independent surveys.

Intervention patients

At the last effect evaluation at the pharmacies in September / October 1995 the patients were asked to 611 out a questionnaire. All 210 patients filled out the questionnaire.

On the question of the importance of the different element in the TOM service:

OH 19

More than 90 % of the patients considered it important to have a knowledge about their disease, about the action of the asthma medication, and about the side effects of the medication, respectively. Using an asthma diary was not considered important by almost every fourth patient, 91% found peak-flow measuring important or very important. 89"/o found it important or very important that the pharmacist made suggestions for changes in the asthma therapy. 6% didn't find the follow-up encounters by the pharmacist necessary.

Almost all patients stated that they were content or very content with how the project was accomplished, such as the pharmacists professional knowledge and interest in solving the patients problems.

As to the subjective perceptions of outcomes:

OH 20

Almost 90% of the patients reported an improved knowledge about asthma and asthma therapy. Almost half of the respondents considered their quality of life to be improved and about one third of the patients reported having an improved over all health. Two- thirds considered their inhalation technique to be better. Improvements in the use of drugs was experienced by 76% of the patients. About 60% stated that their asthma in general was improved.

Finally, while 77% reported their co-operation with their GP to be unchanged, 73% stated that the co-operation with the pharmacy was improved.

Asked to the role of the pharmacies:

Six percent considered that the role of the pharmacy in the project had been improper.

About 16% of the patients became more critical towards their GP after participating in the project and 7% had become angry with some of those treating them. One fifth stated that participation in the project had made them disappointed with earlier information and 10% had become frustrated over earlier treatments.

General practitioners

75 GPs participated from the intervention pharmacies and 58 returned the answered questionnaires, that is 77%. The GPs who answered are equally distributed over the intervention pharmacies.

OH 21

The questionnaire had four domains:

I. The quality of the content and accomplishment of the prograrnme
II. Outcomes and attitudes to the programme
III. General attitude to the role of the pharmacy
IV. Experiences by participation in the project (open ended questions)

Ad I: The quality of the content and accomplishment of the prograrnme

OH 22

Almost all GP's were satisfied with the quality of the TOM-service. Three-fourth agreed or partly agreed that the report from the pharmacist was a good supplement to the GP`s own treatment, but a few (7%) find that the pharmacist in the reports was to close to the GP's area of competence. The GP's evaluation as to whether or not the local community pharmacy is a suitable place to offer this kind of service to the patients vary from totally agree to totally disagree. 50 % totally agree that the competence and professionalism of the pharmacist is ok and only a few (8%) disagree to this. 78 % totally agree that the

pharmacist in the project behaved collegially loyal towards the GP and only 2% disagree to this statement.

Ad II: The GP's evaluation of the patient outcome

OH 23

One GP considers his relationship with the patient has worsened. And two GP find that the continuity of the therapy has worsened. The GP's estimates that about three-fourth obtained an improved knowledge and about half obtained improved: inhalation technique, compliance, total drug therapy, self-monitoring, peak--flow, the quality of the therapy and total asthma control.

The GP evaluation of his/her own outcome:

OH 24

About one-third of the GP's got inspiration to his own practice from the programme elements. 29 % experienced that the patients had regarded their participation in the programme as a quality improvement from the GP. Almost three-forth experienced that the pharmacy was a good professional partner. A few stated a worsened knowledge of the individual patient's situation and that the responsibility for the patients therapy has become unclear.

Here you see some the GP answers to open-ended questions

OH 25

Negative:

My attitude still is that it ought to be the patient's GP who carried out any drug therapy - monitoring etc. it is not the role of the pharmacy.

It should not he the pharmacy's job, it belongs naturally under the general practitioner or a lung specialist. Too many cooks spoil the broth.

OH 26

Positive:

Keep on doing it! The project was very positive. There is a great potential in increased collaboration between the pharmacy and the primary sector. I hope that the consultant role of the pharmacist can be extended to i.e. nursing homes.

OH 27

The pharmacy staff has acted with loyalty and conscentiously. The patients became better to control and handle their disease. All patients were glad for the extra help.

In a somewhat funny way the pharmacy had success with having the patient take the steroid treatment. I had tried to make her take for years.

The general practitioner evaluations show a very satisfactory support.

Qualitative survey of patient understanding

A comprehensive interview survey with all in all 27 patients from respectively the intervention and control group has been carried out. The interview analyses are not finished.

Conclusion

The programme works have been carried out in way that produced mutual benefit for the patients, GP and pharmacies.

MORBILIDAD ATENDIDA EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL

COORDINADOR:
Luis Miguel García Olmos

EQUIPO INVESTIGADOR:
Adoración García Calleja, Juan Gérvas Camacho, Arturo López Ruiz, Luis Palomo Cobos, Francisco Sánchez Rodríguez.

Red Española de Atención Primaria

Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitaria. Ayuda 90/545

PARTICIPANTES:

1. Adame Luque, Pedro (Andalucía)
2. Aranguren Castro, Jon (País Vasco)
3. Barnes Castelló, Maria (Cataluña)
4. Bayo Vila, Asunción (Valencia)
5. Beltrán Lurueña, Concepción (Castilla-León)
6. Bravo Cañadas, Cristina (Extremadura)
7. Cañizo Fernández-Roldán, Carlos (Castilla-León)
8. Centeno Gordillo, Manuel (Andalucía)
9. Cid Chavero, Manuel (Andalucía)
10. Cirujano Pita, Francisco (Madrid)
11. Cladera Crespi, Lorenzo (Aragón)
12. Díaz del Cubillo, Miguel (Aragón)
13. Duque Valencia, Aurelio (Valencia)
14. Estupiña Ruperez, Daniel (Cataluña)
15. Etxabarri Pérez, Pilar (P. Vasco)
16. Ferrer Marín-Blázquez, Mariano (Madrid)
17. Forés Viñeta, Mercé (Cataluña)
18. García-Arenzana Anguera, Carlos (P. Vasco)
19. García Calleja, Adoración (Madrid)
20. García Domíngo, Concepción (Valencia)
21. García Olmos, Luis (Madrid)
22. Gérvas Camacho, Juan (Madrid)
23. González Marco, Juan José (Madrid)
24. Granado González, Manuel (Aragón)

25. Guallar Blasco, Alejandro (Aragón)
26. Gutiérrez Gallego, Jesús (Extremadura)
27. Hacha Silva, Otilio (Andalucía)
28. Ibáñez de Aldecoa, Idoya (P. Vasco)
29. Lara Oterino, José W (Andalucía)
30. López Gómez, Antonio (Andalucía)
31. Martínez González, Agustín (P. Vasco)
32. Martínez Mazo, Dolores (P. Vasco)
33. Mediavilla Tris, Gregorio (P. Vasco)
34. Navarro Aznarez, Gloria (P. Vasco)
35. Oitaben Mora, José Manuel (Andalucía)
36. Parrilla Navarro, José (Andalucía)
37. Pineda Morales, José (Andalucía)
38. Pulido Rodríguez, Francisco (Extremadura)
39. Ramos Cerezo, Carmen (Andalucía)
40. Rubio Villegas, Carlos (Extremadura)
41. Sánchez Ramos, Francisco (Andalucía)
42. Soler Sánchez, Alfredo (Asturias)
43. Tobajas Pizarro, Luis (Extremadura)
44. Traba Hernández, Sebastián (Extremadura)

INTRODUCCIÓN

La morbilidad registrada a través de la demanda de los servicios de salud es sólo una parte de la morbilidad existente en la comunidad. Las consultas de atención primaria, por ser el primer contacto de la población con los servicios de salud, ofrecen la información más próxima a la comunidad.

En los estudios de morbilidad atendida en atención primaria se han utilizado distintas unidades de análisis:

a) Consulta o visita:

Acto en el que el paciente recibe consejo, ayuda o tratamiento profesional.

En estos estudios, como numerador se utiliza el número de entrevistas por un problema determinado y en el denominador el número total de entrevistas en un período de tiempo.

Los estudios de morbilidad basados en esta unidad de análisis presuponen que la utilización de la consulta está condicionada exclusivamente por el patrón de morbilidad. Repetidamente se ha demostrado el error de este razonamiento; ello se descarta su utilidad para conocer el patrón de morbilidad en la población de referencia.

En este estudio consideramos que se produce una consulta cada vez que el paciente consulta por un problema; es decir, cuando en el mismo acto (entrevista) un paciente consulta por dos problemas, por ejemplo, hipertensión arterial y diabetes, se contabilizan dos consultas, una para cada problema. La unidad, pues, no es la entrevista, sino la consulta por un problema.

b) Paciente:

Persona que recibe o contrata servicios o asesoramiento sanitario de un profesional de atención de la salud.

Los estudios basados en pacientes, al calcular las tasas, consideran como numerador al grupo de pacientes con un problema de salud determinado y corno denominador al conjunto de individuos del cual provienen los primeros.

e) Episodio:

Problema o enfermedad de un paciente desde su comienzo hasta su resolución. En la práctica de los estudios de morbilidad, según la perspectiva de los servicios sanitarios, el comienzo se sitúa en la primera visita con un profesional sanitario.

La utilización del episodio es más adecuada para estudiar problemas recurrentes como la úlcera péptica, el asma o las

infecciones respiratorias de vías altas. Además, permite entender la movilización de recursos en relación con cada problema de salud, lo que da gran relevancia económica a los estudios que utilizan esta unidad de análisis.

Como indicador se utiliza la tasa de episodios: el numerador se construye con el número de episodios de un problema determinado y el denominador con el número de individuos en los que se producen.

En este estudio la unidad de análisis es el episodio de atención.

d) Derivación:

Las limitaciones tecnológicas y de disponibilidad de recursos obligan, en determinadas circunstancias, transferir la responsabilidad de la atención al paciente a los especialistas. La derivación se realiza cuando se requieren recursos ajenos al profesional de salud en beneficio de¡ paciente. Implica la pérdida de responsabilidad sobre el mismo. No hay derivación, pues, cuando se solicitan pruebas diagnosticas (laboratorio, radiología, electrocardiograma, etc). Es un buen indicador del funcionamiento del sistema sanitario y por eso, el único indicador de actividad incluido en este estudio.

OBJETIVOS

1° Cuantificar los episodios de enfermedad atendidos, por grupos de edad y sexo.

2° Cuantificar la utilización de las consultas de medicina general por episodios de enfermedad y por grupos de edad 'y sexo.

3° Cuantificar y analizar la demanda derivada por episodios de enfermedad y por grupos de edad y sexo.

4° Describir el lugar de la atención, según el episodio de enfermedad y por grupos de edad y sexo.

5' Identificar a la población atendida en el período de estudio.

PRUEBA PILOTO

Entre el 24/02/92 y el 24/03/93 se ensayaron dos modelos de registro: la carpeta de problemas de salud (al estilo del registro de morbilidad inglés) y la hoja de registro de actividades en la consulta (al estilo del registro habitual en las consultas españolas). Doce médicos utilizaron la carpeta de problemas de salud y ocho utilizaron la hoja de registro de actividades. El manejo de la carpeta de problemas fue costoso su curnplimentación pues requería más de media hora diaria; el manejo de la hoja de registro de actividades fue sencillo. Después de analizar el contenido de uno y otro, se optó por el primero como

modelo definitivo para el registro pues era el único que nos permitía realizar un estudio de los episodios de atención.

SISTEMA DE REGISTRO

1. HISTORIA CLINICA: La historia es el registro básico del que se han obtenido los datos. No importaba el modelo de historia utilizada, podía ser individual o familiar, cronológica u orientada por problemas.

2. REGISTRO DE POBLACION ATENDIDA: Impreso en el que se registró la edad y el sexo de los pacientes atendidos durante el período de estudio.

3. ARCHIVADOR DE FICHAS DE MORBILIDAD: Cuaderno de 16 anillas con 20 separadores entre los que se colocan las fichas de morbilidad (FIGURA I); había una o más fichas para cada problema de la clasificación. Los separadores llevan impresa la clasificación de problemas de la WONCA (CIPSAP-2 Def) y el número de orden correspondiente a cada rúbrica. Las fichas estaban impresas a doble cara; en el anverso recogían los datos de los hombres y en el reverso los datos de las mujeres. En la historia clínica se recogieron todos los problemas de salud atendidos en cada visita. Al terminar la consulta se revisaban las historias y los problemas atendidos se transferían al libro de morbilidad. La inclusión del problema en la ficha correspondiente se hizo con arreglo a los criterios señalados en la CIPSAP-2-Def.

Con el fin de homogeneizar la recogida de datos se hicieron las siguientes **recomendaciones**:

1. Revisar las historias clínicas al terminar la consulta.
2. Los pacientes que se atendían por primera vez durante el período de estudio, con independencia del problema de salud que presentaban, se incluían en el registro de población atendida. Su historia se marcaba en la portada para identificar a los pacientes que habían sido incluidos en el registro.
3. Se buscaban en la historia clínica los datos correspondientes a la visita del día.
4. Cada problema de salud atendido se transcribía a la ficha correspondiente.
5. Cuando se atendía la primera visita de un episodio se registraba:

a. fecha de la primera visita
b. identificación del paciente (código de 4 letras, las tres primeras del primer apellido y la primera del nombre)
c. fecha de nacimiento
d. tipo de episodio
e. lugar de consulta y derivación

6. Se marcaba el problema en la historia clínica para saber que ya está incluido en el libro de morbilidad.
7. En las visitas sucesivas de un mismo episodio sólo se registraba lugar de consulta y derivación.

Se distinguieron **6 tipos distintos de episodios**:

1. Episodio de un problema agudo, crónico o recurrente por el que ya estaba recibiendo atención el paciente antes del comienzo del estudio pero que es visto por primera vez desde que comenzó el estudio.
2. Episodio de un problema que se presenta por primera vez después de comenzar el estudio.
   La distinción entre incidencia y prevalencia es crucial. El primer episodio de un problema recurrente como: asma, fiebre del heno o úlcera duodenal, tiene que distinguirse de los demás episodios. El primer episodio de estos problemas recurrentes se codificaba como un episodio tipo 2. Los episodios recurrentes se codificaban como episodios tipo 3.
3. Un episodio nuevo que comienza durante el período de estudio pero que el médico que registra considera que se trata de la recurrencia de un problema diagnosticado previamente (durante o antes de comenzar el estudio).
4. Episodio diagnosticado por primera vez durante el período de estudio pero fuera de la consulta que registra, por ejemplo, una neumonía atendida por otro médico general durante las vacaciones del paciente. También un accidente atendido en el servicio de urgencia de un hospital.
5. Se identificó a los episodios en los que se produjeron cambios en el enunciado del problema; así por ejemplo, cuando una amenorrea finalmente se diagnostica como embarazo o un dolor abdominal corno colelitiasis.
6. Eran episodios en que había más de seis consultas, lo que obligaba a empezar una nueva línea.

Todos los médicos junto al libro de morbilidad recibieron un manual de procedirnientos para llevar a cabo el registro.

El registro comenzó el día 3 de mayo de 1993; algunos médicos comenzaron con unos días de retraso. Todos mantuvieron un registro continuo a lo largo de una año, contando a partir de la fecha de comienzo.

RECLUTAMIENTO DE MÉDICOS

Formalmente, el estudio comenzó en mayo de 1991. En el equipo investigador estaban representados varias distintas autonomías; a lo largo del año sus representantes se encargaron de contactar con médicos voluntarios que se comprometieran a registrar durante un año todos los episodios de atención que tuvieran lugar en su consulta. El único requisito exigible para poder participar en el estudio era trabajar con historia clínica. Previamente se mantuvieron reuniones en las que se discutió la metodología.

Tres coordinadores autonómicos abandonaron el proyecto entre el primero y el segundo año del estudio, lo que impidió llevar a cabo el registro en las comunidades de Galicia y Castilla-La Mancha.

En el mes de mayo de 1993 comenzaron el registro 77 médicos; en octubre se mantenían en el registro 64 médicos. Después de esa fecha, otro coordinador autonómico tuvo que apartarse del estudio lo que motivó que el estudio no continuara en su comunidad. Al final del período de registro no se pudieran procesar los datos recibidos de algunos médicos por lo que los datos presentados corresponden al registro de los 44 médicos que se listan al principio, cuya situación geográfica aparece en la FIGURA 2.

La decisión de mantener el registro durante todo un año hacía prever pérdidas importantes, pues se sabe que es difícil mantener el interés de los profesionales, sobre todo en ausencia de incentivos, por períodos superiores a ocho semanas.

La utilización de redes de médicos voluntarios está cada vez más extendida, como soporte de la investigación en medicina general y en epidemiología. Si bien es cierto que este tipo de estudios tienen limitaciones en su validez externa, presentan la ventaja de una mejora en la validez interna, pues existe homogeneidad de criterios entre los participantes y la motivación aumenta la fiabilidad de los datos. Por otro lado el celo por conseguir muestras aleatorias se suele ver hipotecado por las altas tasas de abandono; así, en otras redes españolas basadas en selecciones aleatorias al poco tiempo los participantes se habían reducido a la mitad lo que en la práctica suponía estar trabajando con voluntarios.

En la tabla 1 se recogen algunas características estructurales de 43 participantes en el estudio. Los datos provienen de una encuesta

cuyo contenido se recoge en el ANEXO. El número asignado a cada médico no se corresponde con los que aparecen en el listado de participantes; por tanto es imposible identificarlos.

Aunque presumiblemente se autoexcluyeran del estudio los médicos con cargas de trabajo elevadas, las medias encontradas son comparables con las cifras nacionales publicadas.

MECANIZACION DE LOS DATOS

Los datos se grabaron en una base de datos desarrollada en Clipper en la que previamente se establecieron los valores posibles de cada variable.

Se generaron 19 ficheros; en uno se recogía a la población atendida y en los otros 18 las consultas atendidas para cada uno de los 18 grupos de la clasificación de problemas de la WONCA.

La unidad de información era la consulta. El código de identificación del paciente, la fecha de nacimiento, el código del problema de salud y la fecha de la primera consulta han permitido identificar los episodios de atención.

De la explotación de los datos se encargó una empresa dedicada a este tipo de tareas.

ANALISIS DE LA VALIDEZ DE LOS DATOS

Una vez comenzado el registro no hubo posibilidad de evaluar el trabajo de los médicos participantes, que se supone se basó en su mejor criterio. No obstante, después de grabarlos, se procedió a verificar una muestra de 20 episodios al azar del cuaderno de registro de cada médico. Para estos episodios, además, se comprobó la grabación de la identificación del paciente en el fichero de población atendida.

La búsqueda en el fichero de población atendida se hizo en dos etapas, primero por el código de identificación y luego por la fecha de nacimiento; de esta forma se intentó localizar errores en uno u otro campo por separado.

En los 880 registros verificados se encontraron 23 errores en alguno de los campos de identificación del paciente que hacían que se duplicaran en el fichero de población atendida, por lo que se estima que este fichero tiene una inflación del 2,6%.

Cuando el paciente consultaba más de 6 veces y cuando se producían cambios en el enunciado del problema, en la nueva línea de registro se transcribía la fecha de primera consulta que inició el episodio. Se comprobaron las fechas de las primeras consultas para los problemas en los que un paciente solo puede tener un episodio.

Los errores encontrados fueron prácticamente despreciables y se corrigieron.

En las consultas de atención primaria se presentan los problemas en fases poco diferenciadas; en muchas ocasiones el diagnóstico se consolida con el paso del tiempo. Nuestro registro permitía introducir los cambios, cuando se producían (episodio tipo 5). A través de una serie de campos fue posible enlazar las consultas previas al diagnóstico definitivo y contabilizarlas con éste, a la vez que se anulaban las que existían con el diagnóstico inicial.

Se comprobó el sexo de los diagnósticos que se dan sólo en hombres o sólo en mujeres para comprobar los errores en el cuaderno de registro y proceder a subsanarlos. No se encontraron errores de este tipo.

DENOMINADOR DEL ESTUDIO

En España los médicos generales no conocemos nuestra población asignada. Se pidió a todos los participantes que estimaran su volumen multiplicando el índice de personas incluidas en cada cartilla, en su zona, por el número de cartillas. De esta manera suponemos que se tiene una estimación la población con un error pequeño. Sin embargo no permite hacer previsiones sobre la composición por edad y sexo pues en el mejor de los casos se tiene el número a través de la tarjeta sanitaria, pero no su distribución en grupos de edad y sexo.

Teniendo en cuenta lo publicado en otros estudios, decidimos identificar a la población atendida, pues ésta, utilizada como denominador, permite hacer comparaciones temporales de la morbilidad y también entre distintas consultas, siempre que la tasa de consultas por persona atendida y la tasa de consultas por episodio sean similares.

COMENTARIOS A LAS TABLAS

En las tablas figura la frecuencia absoluta de cada problema o grupo de problemas. Se presentan así para que puedan construirse indicadores utilizando el denominador que se considere más oportuno. En las tablas 6,8,11,13 y 16 se recogen sólo los problemas más frecuentes.

1.- UTIILIZACION DE LAS CONSULTAS

La frecuentación (porcentaje de la población asignada que se atendió durante el año de estudio) fue de un 59%, más elevada en el

medio rural. Las cifras reales serán discretamente superiores si se tiene en cuenta que no se hizo registro los días de vacaciones.

Mediante entrevista telefónica, se confirmaron los resultados de frecuentación correspondientes a los médicos con los números 13,14 y 16 de la tabla 1.

Cada paciente hizo 4,9 consultas y fue atendido de 2,4 episodios con un índice de 2 consultas por cada episodio. El número de consultas fue más elevado en las mujeres que en los hombres, 5,0 frente a 4,7; el número de episodios por el que se consultó también fue más elevado en las mujeres, 2,2 frente a 2,5; sin embargo, el número de consultas por episodios fue de 2 en ambos sexos.

Por grupos de edad, las consultas son más, frecuentes en los ancianos, 6,9 consultas / persona en el grupo de 65-74 años y 7,2 en el grupo de 75 y más años. El número de episodios es mayor en el grupo de 0-4 años, 4,4 episodios / niño; las consultas por episodio tienen un aumento progresivo con la edad, 1,3 en el grupo de 0-4 años y 2,6 en el grupo de 75 y más años, lo que probablemente refleja el peso de las patologías crónicas.

2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Se presentan con unas tasas de 77,8 episodios y 124,2 consultas por 1000 personas atendidas. El índice de consultas por episodio fue de 1,6. Las tasas más altas se dieron en el grupo de 0-4 años, 292,6 episodios por 1000 personas de ese grupo de edad. La enfermedad intestinal presumiblemente infecciosa con una tasa de 20 episodios por 1000 personas atendidas constituye el primer problema de tipo infeccioso.

3.- NEOPLASIAS

Con unas tasas de 30,1 episodios y 69,5 consultas por mil personas atendidas, el índice de consultas por episodios (3,4) fue uno de los más altos del estudio. Un 8,6% de las consultas se atendieron en el domicilio.

4.- ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Con unas tasas de 134,4 episodios y 388,3 consultas por mil personas atendidas. El índice de consultas por episodio fue de 2,9. La diabetes y la obesidad concentraron el 44,5% de los problemas incluidos en este grupo. En el caso de la obesidad, la demanda en un 70,4% de los episodios correspondió a mujeres.

5.- ENFERMEDADES DE LA SANGRE

Las tasas fueron de 22,1 episodios y 50,3 consultas por mil personas atendidas. El índice de consultas por episodio fue de 2,2. Un 69,5% de los episodios correspondieron a anemias ferropénicas lo que explica que se trate de un grupo en el que el 48% corresponde a mujeres comprendidas entre 25 y 64 años.

6.- ENFERMEDADES MENTALES

Se encontraron unas tasas de 103,9 episodios y 311,3 consultas por mil personas atendidas. El índice de consultas por episodio fue de 3. La ansiedad y la depresión concentran el 48% de los episodios con unas tasas de 28,2 y 21,8 por mil personas atendidas respectivamente; se trata de problemas que son más frecuentes en las mujeres, con unas tasas en el caso de la ansiedad de 37,3 por mil personas atendidas frente a 16 por mil en los hombres; en el caso de la depresión las tasas fueron de 10,8 episodios por mil en los hombres y 30 por mil en las mujeres.

7.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Se han encontrado unas tasas de 148,3 episodios y 269,3 consultas por mil pacientes atendidos. El índice de consultas por episodio fue de 1,8. En un 70% de los casos se trata de episodios nuevos. Conjuntivitis, cerumen en conducto auditivo externo y otitis son los principales problemas incluidos en este grupo.

Las tasas más altas se dan en el grupo de 0-4 años, con 224,6 episodios por mil pacientes atendidos.

8.- ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Un grupo con claro predominio de problemas crónicos. Con unas tasas de 210,7 episodios y 735,7 consultas por mil pacientes atendidos. Se trata del grupo con el índice de consultas por episodio más elevado: 3,5. Sólo un 25,8% de los episodios atendidos fueron nuevos.

La hipertensión arterial, las varices, la cardiopatía isquémica y las hemorroides fueron los problemas más frecuentes en este grupo. La prevalencia de hipertensión arterial en la población atendida fue de 10,4%.

La prevalencia de estos problemas aumenta con la edad y adquieren importancia a partir de los 45 años.

9.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Es el grupo de problemas por el que se atiende más episodios. Producen casi el mismo volumen de consultas que las enfermedades

del aparato circulatorio, siendo la primera causa de atención domiciliaria.

Con unas tasas de 463,7 episodios y 726,1 consultas por mil pacientes atendidos, el índice de consultas por episodio fue de 1,5 (uno de los más bajos del estudio). Un 82% de los episodios fueron nuevos. Son más frecuentes en los niños menores de 5 años, quienes fueron atendidos de 1,5 episodio / paciente / año.

Las infecciones del tracto respiratorio superior constituyen el problema con más episodios atendidos; el segundo que más consultas produce, las amigdalitis.

Las bronquitis agudas, la fiebre del heno, la gripe, el asma y la bronquitis crónica son problemas con una prevalencia importante.

10.- ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Es un grupo de problemas con unas tasas de 140 episodios y 305,4 consultas por mil pacientes atendidos; el índice de consultas por episodio fue de 2,2.

Las enfermedades de los dientes y estructuras de soporte, las alteraciones de la función gástrica, la úlcera duodenal y el estreñimiento fueron los problemas atendidos con más frecuencia.

A partir de los 25 años la prevalencia aumenta de forma progresiva, alcanzando las tasas más altas en el grupo de 65-74 años con 180 episodios por mil personas atendidas. A partir de los 25 años, la prevalencia es siempre más alta en los hombres.

11.- ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

Se han encontrado unas tasas de 110,3 episodios y 214 consultas por mil pacientes atendidos, el índice de consultas por episodio es de 1,9.

Los problemas más frecuentes de este grupo han sido: infecciones urinarias, litiasis e hipertrofia prostática benigna.

Se dan con más frecuencia en las mujeres entre 25 y 64 años. En los mayores de 75 años las tasas más elevadas se presentan en los hombres.

12.- EMBARAZO

Con 271 episodios y 527 consultas da un índice de 1,9 consultas/episodio lo que permite asegurar que los médicos generales en España no hacemos seguimiento de embarazos.

13.- ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO

Se observan unas tasas de 113,3 episodios y 181,7 consultas por mil pacientes atendidos. El índice de consultas por episodio, de 1,6 es bajo. El 76,2% de los episodios son nuevos.

La prevalencia es más elevada en los niños menores de 5 años y en los adolescentes. En los ancianos la prevalencia es más elevada en los hombres que en las mujeres.

La dermatitis de contacto, la dermatitis seborreica, las infecciones cutáneas, la urticaria, la alopecia y el acné fueron los problemas más frecuentes.

14.- ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR Y DEL TEJIDO CONECTIVO

Se encontraron unas tasas de 235,2 episodios y 529,7 consultas por mil pacientes atendidos, con un índice de 2,2 consultas por episodio. La prevalencia más elevada, con una tasa de más de 303,8 episodios por mil pacientes atendidos, se da en los pacientes mayores de 45 años.

La artrosis, el dolor de espalda los síntomas referidos a los miembros, los síndromes de la columna vertebral, los síndromes del hombro y la osteoporosis son los problemas de mayor prevalencia.

15.- SIGNOS, SÍNTOMAS Y ESTADOS PATOLÓGICOS MAL DEFINIDOS

Se presentan con unas tasas de 211,7 episodios y 348,3 consultas por mil pacientes atendidos. El índice de consultas por episodio fue de 1,6. Un 77,8% de los episodios fueron nuevos.

El vértigo / vahído, el dolor abdominal, la tos, la cefalea, las alteraciones bioquímicas en la analítica de sangre y el malestar / debilidad / fatiga fueron los problemas más prevalentes.

16.- ENVENENAMIENTOS, ACCIDENTES Y LESIONES POR VIOLENCIA

El grupo de problemas se presenta con unas tasas de 103,2 episodios y 181 consultas por cada mil pacientes atendidos. Se atienden 1,7 consultas por cada episodio.

Estos problemas son más frecuentes en los pacientes de 5 a 44 años y, con la excepción de los ancianos, son siempre más frecuentes en los hombres que en las mujeres.

Los golpes / contusiones y los esguinces de tobillo comprenden un tercio de los problemas de este grupo.

17.- CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA

Los problemas de este grupo, una miscelánea que incluye procedimientos preventivos, administrativos y problemas sociales, familiares y laborales se dan con unas tasas de 313,1 episodios y 475,8 consultas por mil pacientes atendidos. El índice de consultas por episodio fue de 1,5.

En el grupo de pacientes menores de 5 años se atienden 1,4 episodios por paciente / año, consecuencia de la aplicación de medidas preventivas sobre la población infantil.

La exploración médica (preventiva), la cumplimentación de cartas, formularios y recetas, la vacunación y la derivación sin consulta son los problemas más, frecuentes.

Con 14261 mujeres en edad fértil, el registro de 165 episodios de atención prenatal, 405 de anticoncepción oral y 23 de consejos sobre anticoncepción ponen de manifiesto la poca implicación de los médicos generales en la atención a estos problemas.

El abultado número de episodios de procedimientos administrativos (cartas / formularios / recetas y derivación sin consulta) hace pensar que en ocasiones se registraron procedimientos, con independencia del problema que los motivó.

18.- CAMBIOS EN EL ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En la tabla 17 se recogen las 1075 consultas en las que se produjeron cambios en el enunciado del problema.

Como cabría esperar esta situación fue más frecuente para los problemas del grupo XVI (signos, síntomas y situaciones mal definidas). Los problemas, a veces convenzan de esta forma y se pueden incluir en otro capítulo, más concreto, con el paso del tiempo. Los cambios de enunciado más frecuente se dieron entre problemas del mismo grupo.

BIBLIOGRAFÍA:

Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat; 1987.

Tabla 1.- Características de las consultas de atención primaria.

Médico	Medio *	Población asignada	Carga trabajo	Avisos domicilio	Población atendida	Frecuentación
1	Rural	2.000		1	1369	68,5
2	Rural	1.850	20	3	1212	65,5
3	Rural	1.000	33	1	743	74,3
4	Rural	430	20	1	441	100
5	Mixto	1.750			1004	57,4
6	Urbano	1.500	35	2	995	66,3
7	Rural	860	25	1	764	88,8
8	Rural	1.750	27	10	1525	87,1
9	Urbano	813	50	1	770	94,7
10	Rural	450	25	2	291	64,7
11	Rural	600	20	3	429	71,5
12	Rural	120	7	1	91	75,8
13	Rural	600	50	2	309	51,5
14	Rural	600	26	1	189	31,5
15	Mixto	2.000	22	0,5	1467	73,4
16	Urbano	2.600	40	0,5	887	34,1
17	Mixto	2.600	45	1	1349	51,9
18	Rural	1.000	15	4	744	74,4
19	Rural	1.000	15	1	535	53,5
20	Urbano	2.380	18	2	1160	48,7
21	Urbano	1.640		4,8	1152	70,2
22	Rural	375	25	2	420	100,0
23	Mixto	1.350	50	2	967	71,6
24	Mixto	1.200	20		859	71,6
25	Mixto	1.000	20		712	71,2
26	Rural	824	30	2	696	84,5
27	Mixto	1.500	20	3	612	40,8
28	Urbano	2.000	22	1	1060	53,0
29	Urbano	2.350	25	0,5	1352	57,5
30	Urbano	2.300	25	0,5	1152	50,1
31	Urbano	2.200	25	0,4	1241	56,4
32	Urbano	2.200	25	0,5	1118	50,8
33	Mixto	3.000			1455	48,5
34	Urbano	2.700	40	4	1661	61,5
35	Urbano	2.500	28	1	1692	67,7
36	Urbano	2.130	30	1	1098	51,5
37	Mixto	1.500		1	919	61,3
38	Mixto	1.621	27	1	712	43,9
39	Mixto	1.615	27	1	865	53,6
40	Mixto	2.000	34	2	1016	50,8
41	Mixto	2.000	25	1	1097	54,9
42	Rural	1.600	30		1550	96,9
43	Mixto	1.700		2	1097	64,5
Total		67.208			40.777	
Media por médico		1563	27,6	1,8	948	60,7

* Rural: población <2.000 habitantes; Mixto: 2.000-50.000 habitantes; Urbano: >50.000 hab.

Tabla 2.- Frecuentación anual en atención primaria.

Medio *	Médicos n	Población asignada	Población atendida	Frecuentación
Rural	16	15.059	11.308	75,1
Mixto	14	24.836	14.131	56,9
Urbano	13	27.313	15.338	56,2
Total	43	67.208	40.777	60,7
Media por médico		1.563	948	60,7

* Rural: población < 2.000 habitantes
Mixto: población 2.000 – 50.000 habitantes
Urbano: población > 50.000 habitantes

Tabla 3.- Características generales.

Médicos de atención primaria		44
Distribución geográfica de los médicos	Andalucía	11
	Aragón	4
	Asturias	1
	Castilla y León	2
	Cataluña	3
	Extremadura	6
	Madrid	6
	Navarra	1
	País Vasco	7
	Valencia	3
Población asignada (estimación)*		67.208
Población atendida		41.861
Episodios (total)		101.287
Episodios nuevos		66.290
Consultas atendidas		206.456
Consultas domiciliarias		3.673
Derivaciones		12.945
Episodios / persona atendida		2,4
Consultas / persona atendida		4,9
Consultas / episodio		2,0

* Correspondiente a los 43 médicos que devolvieron el cuestinario

Tabla 4.- Población atendida.

Edad Años	Hombres n	Mujeres n	Total n	%
0 - 4	462	464	926	2,21
5 - 14	1.509	1.410	2.919	6,97
15 - 24	2.560	2.957	5.517	13,18
25 - 44	3.765	5.346	9.111	21,76
45 - 64	4.325	5.958	10.283	24,56
65 - 74	2.780	3.558	6.338	15,14
>= 75	2.444	4.323	6.767	16,17
Total	17.845	24.016	41.861	100,00
%	42,63	57,37		

Tabla 5.- Episodios por grupos de la CIPSAP-2-Def. según edad y sexo.

Grupo CIPSAP	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL
	0 - 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 - 74		>=75		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
I	143	128	245	242	238	285	355	399	271	349	148	180	95	179	3.257
II	1	2	4	4	25	27	37	74	102	130	109	97	127	104	843
III	8	6	53	65	64	110	278	295	851	1.008	648	940	434	868	5.628
IV	11	4	15	16	16	91	17	207	40	239	28	63	59	122	928
V	11	6	23	17	106	162	428	593	490	885	272	507	244	606	4.350
VI	106	102	262	271	251	378	466	647	541	823	450	647	469	796	6.209
VII	1	2	8	8	29	79	172	359	785	1.372	997	1.513	1.100	2.397	8.822
VIII	725	736	1.530	1.345	1.385	1.546	1.444	2.246	1.464	2.062	1.135	1.414	1.087	1.292	19.411
IX	51	62	165	190	193	272	506	541	745	827	540	600	482	687	5.861
X	65	20	57	55	76	398	171	822	306	1.156	295	434	359	403	4.617
XI	0	0	0	0	0	36	0	227	0	8	0	0	0	0	271
XII	98	106	182	187	415	544	451	756	377	570	234	279	208	338	4.745
XIII	13	12	128	123	317	353	613	947	1.021	2.133	674	1.574	480	1.459	9.847
XIV	26	25	47	35	5	11	12	11	4	10	4	3	0	1	194
XV	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
XVI	139	127	330	373	373	555	647	974	798	1.320	541	850	588	1.249	8.864
XVII	27	24	238	191	479	310	592	391	413	488	217	337	165	449	4.321
XVIII	678	636	564	550	645	881	822	1.826	1.050	1.724	771	1.047	695	1.220	13.109
TOTAL	2.106	2.005	3.851	3.672	4.617	6.038	7.011	11.315	9.258	15.104	7.063	10.485	6.592	12.170	101.287

Tabla 6.- Episodios por problemas de salud según edad y sexo (N = 101.287).

Problemas de salud	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL	
	0 – 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 - 74		>=75			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	n	%
Infecciones del tracto resp. sup.	554	570	933	910	716	906	778	1267	746	1191	540	856	420	705	11.092	10,95
Exploración médica razón consulta	415	387	303	306	248	279	289	366	358	500	157	182	104	156	4.050	4,00
Hipertensión arterial no complicada	0	0	0	1	3	4	49	47	352	672	406	783	390	1006	3.713	3,67
Cartas, formularios, certificados	14	11	59	44	236	206	236	346	358	567	300	446	293	574	3.690	3,64
Vacunación	199	187	101	110	56	69	136	149	171	210	223	251	208	334	2.404	2,37
Trastornos del metabolismo lipídico	0	0	19	24	16	12	155	72	468	430	303	446	131	313	2.389	2,36
Amigdalitis aguda, abceso	76	101	272	249	210	245	151	275	104	158	32	79	15	53	2.020	1,99
Dolor de espalda sin irradiación	0	0	11	13	72	99	192	280	238	362	129	210	64	182	1.852	1,83
Diabetes Mellitus	1	1	4	4	10	9	37	23	177	201	221	324	214	437	1.663	1,64
Artrosis y estados afines	0	0	0	0	1	1	3	21	97	272	126	385	147	498	1.551	1,53
Bronquitis y bronquiolitis aguda	33	31	51	29	51	67	97	116	145	166	138	137	172	207	1.440	1,42
Cistitis e infección urinaria	14	14	7	27	10	89	29	243	62	310	57	218	95	251	1.426	1,41
Ansiedad	0	0	1	0	15	40	72	219	92	314	51	171	56	153	1.184	1,17
Venas varicosas con/sin úlcera	0	0	0	0	2	33	17	159	41	322	56	239	51	239	1.159	1,14
Enf. dientes y estructuras soporte	8	15	90	101	63	107	95	155	86	132	75	81	26	51	1.085	1,07
Golpe, contusión, aplastamiento	4	7	69	48	133	71	134	66	82	118	44	75	41	101	993	0,98
Vértigo, vahído	0	0	4	10	19	41	46	106	72	188	56	143	89	206	980	0,97
Alteraciones de la función gástrica	2	1	5	7	34	50	98	108	114	159	85	114	56	114	947	0,93
Depresión neurótica	0	0	1	0	6	18	40	127	60	269	50	157	37	149	914	0,90
Dolor / síntomas de los miembros	6	4	43	35	54	54	56	95	89	179	54	124	41	76	910	0,90
Dolor abdominal	15	15	56	92	34	72	76	127	65	129	35	70	38	56	880	0,87
Enf. Intestinal, infecciosa	72	72	92	79	43	41	76	87	75	76	40	34	19	35	841	0,83
Obesidad	2	3	18	24	23	54	51	123	99	236	43	109	13	43	841	0,83
Gripe sin neumonía	0	4	23	20	71	62	97	136	103	144	34	75	25	44	838	0,83
Derivación sin consulta	0	2	16	17	47	61	42	141	64	212	32	76	32	40	782	0,77

Tos	15	17	48	53	41	41	32	50	59	81	56	89	69	126	777	0,77
Artrosis de columna	0	0	0	0	2	7	10	26	76	163	82	177	44	156	743	0,73
Síndromes de la columna vertebral	0	0	7	4	19	29	62	139	87	206	34	76	20	44	727	0,72
Asma	5	3	63	34	95	65	58	83	44	84	24	63	16	62	699	0,69
Úlcera duodenal con/sin complicac.	0	0	0	0	7	4	83	44	183	84	96	55	88	55	699	0,69
Cerumen en conducto auditivo ext.	12	11	23	29	26	34	76	71	87	83	68	48	59	66	693	0,68
Dolor de espalda con irradiación	0	0	1	0	3	4	62	65	105	176	61	95	36	74	682	0,67
Enfisema, EPOC	0	0	0	0	2	0	3	2	75	16	209	31	253	79	670	0,66
Hipertensión, afecta órganos diana	0	0	0	0	0	3	4	4	61	66	94	114	97	223	666	0,66
Anemia ferropénica	7	4	10	12	7	73	3	172	10	206	8	36	23	74	645	0,64
Cefalea	1	0	16	27	29	59	27	91	42	132	35	59	28	80	626	0,62
Bioquímica sanguínea anormal	1	1	2	1	16	15	101	41	125	101	79	55	39	43	620	0,61
Dermatitis de contacto	21	20	36	34	28	66	44	88	41	76	43	56	22	45	620	0,61
Malestar debilidad fatiga cansancio	0	0	12	7	38	71	41	144	20	109	13	44	25	90	614	0,61
Estreñimiento	13	23	16	32	3	27	10	60	17	72	40	68	72	149	602	0,59
Enfermedad isquémica cardiaca	0	0	0	0	0	0	3	0	74	27	131	57	133	150	575	0,57
Todos los estados mal definidos	20	18	24	33	37	40	48	60	46	69	18	52	34	53	552	0,54
Síndr. de la articulación del hombro	0	0	1	0	7	13	35	56	68	142	40	85	25	73	545	0,54
Hemorroides	0	0	0	0	10	12	56	71	56	109	47	63	25	60	509	0,50
Osteoporosis	0	0	0	0	0	0	2	3	8	148	8	175	7	158	509	0,50
Esguince de tobillo	2	1	30	36	73	65	82	60	26	57	9	33	3	24	501	0,49
Dermatofitosis/dermatomicosis	6	2	16	26	61	58	63	59	52	55	23	30	13	36	500	0,49
Otitis externa	18	19	47	36	38	40	42	83	36	59	19	31	12	19	499	0,49
Insomnio y otros trastornos sueño	7	5	1	5	1	8	9	20	21	71	44	81	65	141	479	0,47
Dermatitis seborreica	17	16	13	5	34	42	54	76	52	62	27	22	21	35	476	0,47
															64.872	64,05

Tabla 7.- Consultas por grupos de la CIPSAP-2-Def. según edad y sexo.

Grupo CIPSAP	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL
	0 - 4		5 – 14		15 - 24		25 - 44		45 – 64		65 - 74		>=75		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
I	172	150	295	312	345	431	715	626	515	523	283	331	173	331	5.202
II	3	2	13	4	27	35	94	200	444	348	539	298	526	377	2.910
III	16	11	111	102	166	216	617	601	2224	2667	2110	3139	1406	2869	16.255
IV	12	7	19	20	39	173	39	408	88	553	72	166	176	333	2.105
V	11	6	28	38	282	311	1275	1495	1338	2542	877	1805	827	2200	13.035
VI	134	124	326	353	359	564	775	1099	1012	1415	908	1299	1106	1802	11.276
VII	2	13	14	17	74	162	450	675	2983	4161	3913	5597	4406	8331	30.798
VIII	961	930	1963	1716	1871	2040	2121	3139	2543	3073	2455	2393	2773	2420	30.398
IX	67	66	195	206	273	388	1084	913	1941	1762	1481	1424	1356	1629	12.785
X	90	33	76	81	133	632	356	1402	684	2076	777	804	1011	804	8.959
XI	0	0	0	0	0	66	0	442	0	19	0	0	0	0	527
XII	137	134	215	259	644	793	721	1177	698	946	392	454	403	637	7.610
XIII	14	17	157	150	472	529	1334	1857	2340	4833	1773	3956	1097	3648	22.177
XIV	37	30	70	43	13	20	21	45	6	31	8	3	0	1	328
XV	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
XVI	169	141	411	509	553	836	1033	1485	1283	2120	909	1410	1234	2487	14.580
XVII	32	24	312	243	734	431	1207	682	973	841	441	610	270	777	7.577
XVIII	877	869	622	601	790	1299	1221	2970	1603	2552	1282	1833	1206	2193	19.918
TOTAL	2.739	2.568	4.827	4.654	6.775	8.926	13.063	19.216	20.675	30.462	18.220	25.522	17.970	30.839	206.456

Tabla 8.- Consutas por problemas de salud según edad y sexo (N = 206.456).

Problemas de salud	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL	
	0 – 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 - 74		>=75			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	n	%
Hipertensión arterial no complicada	0	0	0	2	10	10	150	158	1348	2515	1676	3139	1708	3716	14.432	6,99
Infecciones del tracto resp. sup. agudo	734	718	1113	1110	853	1082	965	1621	972	1525	747	1139	593	918	14.090	6,82
Cartas, formularios, certificados	14	15	84	55	305	276	507	559	717	1035	679	1026	676	1258	7.206	3,49
Diabetes Mellitus	6	6	19	16	54	38	165	57	692	848	1005	1568	846	1872	7.192	3,48
Trastornos del metabolismo de lípidos	0	0	29	36	35	25	295	120	1088	981	795	1163	308	749	5.624	2,72
Exploración médica como razón de consulta	541	519	315	326	269	325	318	426	413	576	186	218	119	192	4.743	2,30
Artrosis y estados afines	0	0	0	0	2	4	4	57	220	746	340	1017	403	1353	4.146	2,01
Artrosis de columna	0	0	0	0	3	13	36	101	226	467	278	617	654	1602	3.997	1,94
Depresión neurótica	0	0	1	0	26	41	142	429	204	961	170	746	147	624	3.491	1,69
Ansiedad	0	0	1	0	40	79	173	485	222	784	177	548	229	547	3.285	1,59
Dolor de espalda sin irradiación	0	0	14	13	102	142	356	524	458	602	252	335	132	336	3.266	1,58
Enfisema, EPOC	0	0	0	0	4	0	6	3	358	78	889	160	1282	377	3.157	1,53
Hipertensión que afecta órganos diana	0	0	0	0	0	41	10	12	240	272	469	579	398	785	2.806	1,36
Venas varicosas con/sin úlcera	0	0	0	0	2	52	50	246	91	626	165	653	154	728	2.767	1,34
Vacunación	268	275	106	115	70	84	148	163	195	224	243	266	227	362	2.746	1,33
Amigdalitis aguda, abceso perimigdalino	92	128	349	310	264	316	213	378	147	215	40	105	19	62	2.638	1,28
Cistitis e infección urinaria	21	27	17	38	17	145	62	407	114	580	102	407	170	492	2.599	1,26

Bronquitis y bronquiolitis aguda	45	42	68	39	81	99	153	174	271	270	226	251	318	429	2.466	1,19
Enfermedad isquémica cardiaca crónica	0	0	0	0	0	0	11	0	358	96	567	215	608	577	2.432	1,18
Úlcera duodenal con / sin complicaciones	0	0	0	0	8	7	266	105	545	228	324	145	385	185	2.198	1,06
Alteraciones de la función gástrica	4	1	6	9	50	81	191	183	239	342	292	277	207	281	2.163	1,05
Asma	8	3	133	79	206	153	188	196	140	260	106	234	86	205	1.997	0,97
Dolor de espalda con irradiación	0	0	1	0	3	5	238	143	362	450	158	202	81	148	1.791	0,87
Vértigo, vahído	0	0	9	14	24	58	71	156	118	332	96	263	215	399	1.755	0,85
Osteoporosis	0	0	0	0	0	0	2	5	18	446	53	593	35	507	1.659	0,80
Síndromes de la columna vertebral	0	0	7	4	31	53	137	291	167	434	120	144	34	88	1.510	0,73
Anemia ferropénica	8	7	12	16	17	141	4	348	24	488	23	76	81	228	1.473	0,71
Obesidad	4	3	29	31	34	83	69	234	162	444	74	217	21	67	1.472	0,71
Golpe, contusión, aplastamiento	5	7	89	60	182	95	211	102	132	185	70	118	68	146	1.470	0,71
Dolor y otros sintomas de los miembros	7	5	48	40	72	75	92	146	157	285	104	241	65	109	1.446	0,70
Insuficiencia cardiaca, izq o drch	0	8	0	0	0	0	8	0	85	31	108	144	276	766	1.426	0,69
Fiebre del heno, rinitis alérgica	8	2	126	56	254	168	185	255	89	159	20	43	26	26	1.417	0,69
Enf. de los dientes y estructuras de soporte	8	15	101	104	77	136	119	200	108	191	104	124	30	64	1.381	0,67
Dolor abdominal	17	17	61	123	44	120	115	220	101	224	53	118	66	87	1.366	0,66
Otras enfermedades cerebrovasculares	0	0	0	0	0	0	14	0	32	27	125	140	328	612	1.278	0,62
Conjuntivitis	21	24	46	43	50	78	76	128	81	150	82	154	91	159	1.183	0,57
Insomnio y otros trastornos sueño	7	5	1	5	1	10	17	30	54	145	84	184	151	423	1.117	0,54
Síndr. de la articulación del hombro	0	0	3	0	10	17	57	119	152	263	87	197	45	167	1.117	0,54
Tos	18	20	62	77	56	61	45	68	89	122	87	119	104	173	1.101	0,53

Cefalea	0	0	19	36	44	88	41	137	74	207	57	113	93	173	1.082	0,52
Hipertrofia prostática benigna	0	0	0	0	0	0	6	0	130	0	322	0	600	0	1.058	0,51
Enf. intestinal presumiblemente infecciosa	80	83	101	93	54	46	106	106	104	100	64	41	35	44	1.057	0,51
Gripe sin neumonía	0	5	24	20	81	70	125	179	136	173	49	99	33	56	1.050	0,51
Bronquitis crónica, bronquiectasia	0	0	1	4	2	9	6	20	165	49	230	141	248	174	1.049	0,51
Estreñimiento	17	23	17	37	7	29	11	80	24	137	55	128	179	293	1.037	0,50
Catarata	0	0	4	0	0	4	7	4	55	25	121	110	255	434	1.019	0,49
Bioquímica sanguínea anormal	1	1	3	1	24	23	178	55	197	148	126	75	62	61	955	0,46
Dermatitis de contacto	32	21	36	45	49	88	58	131	75	115	79	83	37	74	923	0,45
Malestar, debilidad, fatiga, cansancio	0	0	16	9	59	103	55	212	29	168	21	55	38	144	909	0,44
Cerumen en conducto auditivo ext.	15	16	27	34	36	40	94	96	110	111	86	58	83	95	901	0,44
															134.443	65,12

Tabla 9.- Consultas / episodios según grupos CISAP-2-Def.

Grupo CIPSAP-2-Definida		Consultas / episodio
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,59
II	Neoplasias	3,45
III	Enfer. endocrinas, nutricionales y metabólicas, trastornos inmunológicos	2,88
IV	Enfer. de la sangre y órganos hematopoyéticos	2,26
V	Enfermedades mentales	2,99
VI	Enfer. del sistema nervioso	1,81
VII	Enfer. del aparato circulatorio	3,49
VIII	Enfer. del aparato respiratorio	1,56
IX	Enfer. del aparato digestivo	2,18
X	Enfer. del aparato genitourinario	1,94
XI	Embarzo, parto y puerperio	1,94
XII	Enfer. de la piel y tejido subcutáneo	1,60
XIII	Enfer. del aparato locomotor y del tejido conectivo	2,25
XIV	Anomalías congénitas	1,69
XV	Morbimortalidad perinatal	1,60
XVI	Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos	1,64
XVII	Envenenamientos, accidentes y lesiones por violencia	1,75
XVIII	Clasificación suplementaria	1,51
	TOTAL	2,03

Tabla 10.- Episodios nuevos por grupos de la CIPSAP-2-Def. según edad y sexo.

Grupo CIPSAP	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL
	0 - 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 – 64		65 - 74		>=75		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
I	137	120	224	227	210	244	261	329	229	301	120	141	82	147	2.772
II	0	1	1	2	22	19	23	50	47	58	36	49	52	40	400
III	5	4	20	36	19	60	124	118	266	295	149	192	86	174	1.548
IV	9	3	10	11	11	56	13	116	21	102	16	28	29	57	482
V	9	6	12	6	52	100	171	327	196	388	87	178	98	210	1.840
VI	104	96	215	229	199	297	374	484	388	570	288	415	270	424	4.353
VII	0	0	5	2	23	53	86	200	226	410	243	311	233	484	2.276
VIII	694	712	1320	1204	1099	1327	1218	1923	1158	1746	760	1134	646	997	15.938
IX	45	51	131	137	161	224	323	398	359	477	256	324	211	322	3.419
X	48	18	35	42	58	309	122	614	202	811	182	302	193	277	3.213
XI	0	0	0	0	0	29	0	188	0	6	0	0	0	0	223
XII	87	97	150	159	322	437	346	581	296	422	155	186	153	228	3.619
XIII	12	8	103	103	275	292	483	722	675	1288	378	752	247	545	5.883
XIV	18	17	18	13	0	2	2	3	0	4	2	2	0	0	81
XV	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
XVI	129	106	264	306	327	477	541	821	632	1030	403	649	408	806	6.899
XVII	27	24	229	185	446	290	528	363	363	453	190	301	154	401	3.954
XVIII	671	631	515	517	539	695	604	1275	692	1065	448	600	407	721	9.380
TOTAL	1.998	1.901	3.252	3.179	3.763	4.911	5.219	8.512	5.750	9.426	3.713	5.564	3.269	5.833	66.290

Tabla 11.- Episodios nuevos por problemas de salud según edad y sexo (N = 66.290).

Problemas de salud	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL	
	0 – 4		5 - 14		15 - 24		25 – 44		45 - 64		65 - 74		>=75			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	n	%
Infecciones del tracto resp. sup.	537	560	876	871	660	849	734	1186	691	1110	484	752	366	642	10.318	15,56
Exploración médica como razón de consulta	413	387	289	294	212	231	229	263	258	322	98	116	69	106	3.287	4,96
Vacunación	197	187	100	108	52	66	112	137	141	186	177	200	166	262	2.091	3,15
Cartas, formularios, certificados	14	11	44	37	192	166	140	216	179	275	122	197	129	280	2.002	3,02
Amigdalitis aguda, abceso perimigdalino	72	93	247	217	190	210	138	258	96	137	31	73	15	50	1.827	2,76
Dolor de espalda sin irradiación	0	0	11	11	69	88	166	226	190	283	98	140	47	112	1.441	2,17
Bronquitis y bronquiolitis aguda	31	30	47	25	43	65	92	110	123	154	107	123	137	182	1.269	1,91
Cistitis e infección urinaria	14	13	6	21	10	75	20	192	54	245	47	177	75	197	1.146	1,73
Golpe, contusión, aplastamiento	4	7	66	48	129	66	129	64	78	115	43	72	39	94	954	1,44
Enf. dientes y estructuras soporte	7	12	70	68	54	99	86	145	77	110	64	71	24	41	928	1,40
Enf. intestinal presumiblemente infecciosa	70	69	92	79	43	41	73	87	72	76	40	32	19	34	827	1,25
Gripe sin neumonía	0	4	22	20	71	60	94	135	99	137	33	71	23	33	802	1,21
Conjuntivitis	17	20	40	35	34	54	56	94	56	97	52	95	62	89	801	1,21
Dolor y otros sintomas de los miembros	5	3	39	33	48	48	48	87	74	146	41	95	32	56	755	1,14
Trastornos metabolismo de lípidos	0	0	10	15	5	7	70	33	149	136	89	112	37	87	750	1,13
Dolor abdominal	12	14	44	76	29	64	69	108	44	106	31	56	30	43	726	1,10
Vértigo, vahído	0	0	4	10	18	37	41	88	58	137	46	98	52	137	726	1,10
Tos	14	12	45	46	36	37	30	46	53	70	49	75	62	102	677	1,02

Cerumen en conducto auditivo ext.	12	11	22	29	26	31	68	66	80	79	59	43	50	64	640	0,97
Alteraciones de la función gástrica	2	1	5	6	30	33	70	88	66	115	44	73	25	66	624	0,94
Hipertensión arterial no complicada	0	0	0	0	2	1	9	12	85	130	73	96	42	117	567	0,86
Ansiedad	0	0	1	0	7	25	47	128	53	144	22	69	23	46	565	0,85
Malestar, debilidad, fatiga, cansancio	0	0	12	6	36	65	34	130	18	93	12	37	19	72	534	0,81
Derivación sin consulta	0	1	8	11	35	46	31	105	48	144	18	38	17	23	525	0,79
Síndromes de la columna vertebral	0	0	7	4	17	24	45	103	60	144	18	51	12	22	507	0,76
Todos los estados mal definidos	19	18	18	32	35	37	44	53	43	62	18	47	28	46	500	0,75
Esguince de tobillo	2	1	28	35	70	62	77	58	24	52	8	30	3	24	474	0,72
Dermatitis de contacto	18	19	34	31	24	57	37	62	30	53	29	31	12	29	466	0,70
Otitis externa	18	18	45	35	35	37	38	77	29	50	18	27	10	17	454	0,68
Venas varicosas con/sin úlcera	0	0	0	0	1	24	10	86	19	124	21	71	14	63	433	0,65
Dermatofitosis/dermatomicosis	6	2	12	23	54	52	52	52	44	45	19	24	11	24	420	0,63
Síndr. de la articulación del hombro	0	0	1	0	6	12	29	50	50	107	33	60	21	50	419	0,63
Laringitis y traqueitis aguda	23	15	17	9	22	25	35	54	41	69	24	43	16	23	416	0,63
Bioquímica sanguínea anormal	1	1	2	1	14	13	71	34	82	74	34	37	28	24	416	0,63
Dolor de espalda con irradiación	0	0	1	0	3	3	37	45	63	99	38	66	23	38	416	0,63
															39.703	59,89

Tabla 12.- Consultas domiciliarias por grupos de la CIPSAP-2-Def. según edad y sexo.

Grupo CIPSAP	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL
	0 - 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 – 74		>=75		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
I	5	0	5	2	3	3	15	8	16	7	1	3	4	25	97
II	0	0	0	0	0	0	3	9	21	4	103	5	64	42	251
III	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	17	17	25	101	164
IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	18	29
V	0	0	0	0	0	2	7	13	3	10	18	24	31	102	210
VI	0	0	0	1	0	2	2	7	7	16	6	42	29	49	161
VII	0	0	0	0	0	0	1	0	10	9	43	36	128	373	600
VIII	2	0	16	16	22	19	38	40	39	54	68	47	164	221	746
IX	1	0	0	0	4	0	8	5	6	9	7	18	27	64	149
X	0	0	0	0	0	3	4	13	4	3	8	12	48	34	129
XI	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
XII	0	0	1	0	0	0	0	1	6	0	0	2	12	39	61
XIII	0	0	0	0	3	0	2	9	20	27	18	42	26	153	300
XIV	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
XV															0
XVI	0	1	3	3	4	2	6	11	10	16	16	20	60	209	361
XVII	0	0	2	0	4	1	3	7	17	10	17	20	22	85	188
XVIII	0	3	0	0	0	0	0	7	3	2	17	21	33	136	222
TOTAL	8	4	27	22	40	32	91	134	163	169	339	310	683	1.651	3.673

Tabla 13.- Consutas domiciliarias por problemas de salud según edad y sexo (N = 3.673).

Problemas de salud	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL	
	0 - 4		5 – 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 – 74		>=75			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	n	%
Enfisema, EPOC	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	37	12	90	43	184	5,01
Insuficiencia cardiaca, izq o drch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	35	108	151	4,11
Bronquitis y bronquiolitis aguda	0	0	0	0	1	0	8	8	8	6	11	9	32	63	146	3,97
Infecciones del tracto resp. sup. agudo	1	0	8	4	6	6	4	9	10	18	4	7	7	57	141	3,84
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	8	16	16	83	126	3,43
Otras enfermedades cerebrovasculares	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	10	1	19	91	123	3,35
Gripe sin neumonía	0	0	2	2	6	5	18	15	10	17	6	12	5	15	113	3,08
Problemas de atención a persona enferma	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	9	12	74	105	2,86
Ca. laringe, traquea, bronquios o pulmón	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	59	0	32	0	97	2,64
Senilidad, senectud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	78	94	2,56
Artrosis y estados afines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	14	3	70	93	2,53
Dolor de espalda sin irradiación	0	0	0	0	0	0	1	1	11	9	6	6	7	29	70	1,91
Vértigo, vahído	0	0	1	1	0	0	1	6	4	8	3	5	8	27	64	1,74
Hipertensión que afecta órganos diana	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	14	7	31	59	1,61
Amigdalitis aguda, abceso perimigdalino	1	0	6	9	8	8	5	7	5	7	1	1	1	0	59	1,61
Otras neoplasias malignas	0	0	0	0	0	0	0	4	5	1	20	1	6	20	57	1,55
Otras enf. del sistema nervioso	0	0	0	0	0	1	0	0	2	6	1	6	8	31	55	1,50
Cistitis e infección urinaria NE	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	3	6	17	21	53	1,44
Atención a pacientes de alto riesgo	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7	13	23	50	1,36
Psicosis orgánicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	42	45	1,23
															1.885	51,32

Tabla 14.- Derivaciones por grupos de la CIPSAP-2-Def. según edad y sexo.

Grupo CIPSAP	Grupos según edad (años) y sexo (H = hombres, M = mujeres)														TOTAL
	0 - 4		5 – 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 – 74		>=75		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
I	2	3	14	16	31	38	52	53	26	42	18	20	13	24	352
II	0	1	3	2	10	17	16	46	34	50	54	33	66	45	377
III	2	0	6	3	4	25	8	34	19	57	24	33	11	37	263
IV	1	0	2	1	3	3	6	9	3	14	4	10	14	11	81
V	0	0	10	6	37	38	101	102	64	119	42	66	20	34	639
VI	9	9	58	70	73	123	125	162	172	257	133	186	128	204	1.709
VII	0	0	5	2	6	4	32	44	123	112	147	129	122	158	884
VIII	12	12	36	24	48	44	55	68	87	65	73	45	69	45	683
IX	5	3	14	14	44	43	106	82	173	151	107	100	109	118	1.069
X	9	4	21	5	31	114	68	235	107	327	109	69	90	53	1.242
XI	0	0	0	0	0	11	0	51	0	2	0	0	0	0	64
XII	10	5	16	24	64	86	101	126	83	125	38	55	46	61	840
XIII	3	1	33	30	65	77	147	163	207	377	123	223	57	125	1.631
XIV	11	12	27	18	1	4	2	0	0	3	2	0	0	0	80
XV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
XVI	7	3	36	35	39	58	75	114	113	153	59	78	73	82	925
XVII	2	1	40	38	108	50	129	66	98	89	33	50	22	72	798
XVIII	0	2	24	20	67	128	69	339	75	287	52	110	38	60	1.271
TOTAL	73	57	345	308	631	863	1.092	1.694	1.384	2.230	1.018	1.207	878	1.129	12.909

Tabla 15.- Derivaciones por grupos CIPSAP-2-Definida.

Grupo CIPSAP-2-Definida		Especialista	Urgencias	Total
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	328	24	352
II	Neoplasias	349	30	379
III	Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas, trastornos inmunológicos	246	18	264
IV	Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos	68	13	81
V	Enfermedades mentales	611	28	639
VI	Enf. del sistema nervioso	1.665	49	1.714
VII	Enf. del aparato circulatorio	747	139	886
VIII	Enf. del aparato respiratorio	591	93	684
IX	Enf. del aparato digestivo	974	98	1.072
X	Enf. del aparato genitourinario	1.197	51	1.248
XI	Embarzo, parto y puerperio	40	24	64
XII	Enf. de la piel y tejido subcutáneo	816	26	842
XIII	Enf. del aparato locomotor y del tejido conectivo	1.569	70	1.639
XIV	Anomalías congénitas	79	1	80
XV	Morbimortalidad perinatal	1	0	1
XVI	Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos	813	114	927
XVII	Envenenamientos, accidentes y lesiones por violencia	620	181	801
XVIII	Clasificación suplementaria	1.256	16	1.272
	TOTAL	11.970	975	12.945

Tabla 16.- Los 30 problemas de salud con más derivaciones (N = 12.945).

Problemas de salud		Derivación		Total	
	Denominación	Especializada	Urgencias	n	%
1	Derivación sin consulta	823	5	828	6,40
2	Alteraciones de la refracción	295	1	296	2,29
3	Artrosis y estados afines	213	4	217	1,68
4	Otras enfermedades oculares	202	14	216	1,67
5	Depresión neurótica	182	5	187	1,44
6	Enf. de los dientes y estructuras de soporte	185	1	186	1,44
7	Ceguera, disminución de agudeza visual	182	2	184	1,42
8	Otras de la piel y el tejido sucutáneo	176	2	178	1,38
9	Dolor abdominal	133	42	175	1,35
10	Verrugas, todas localizaciones	174	0	174	1,34
11	Catarata	156	2	158	1,22
12	Dolor de espalda sin irradiación	148	5	153	1,18
13	Sordera NE, otoesclerosis	143	0	143	1,10
14	Dolor de espalda con irradiación	133	9	142	1,10
15	Golpe, contusión, aplastamiento	97	41	138	1,07
16	Hipertrofia prostática benigna	133	0	133	1,03
17	Dolor y otros sintomas de los miembros	121	11	132	1,02
18	Cerumen en el conducto auditivo externo	129	1	130	1,00
19	Síndromes de la articulación del hombro	124	6	130	1,00
20	Hipertensión arterial no complicada	125	4	129	1,00
21	Alteraciones de la función gástrica	123	3	126	0,97
22	Ansiedad	117	3	120	0,93
23	Diabetes Mellitus	100	15	115	0,89
24	Hernia inguinal con/sin obstrucción	109	6	115	0,89
25	Esguince de tobillo	92	22	114	0,88
26	Otras bursitis, tenosinovitis, sinovitis	108	3	111	0,86
27	Artrosis de la columna	111	0	111	0,86
28	Litiasis urinaria, todas localizaciones	93	16	109	0,84
29	Enfisema, EPOC	74	31	105	0,81
30	Úlcera duodenal con/sin complicaciones	95	8	103	0,80
				5.158	39,85

Tabla 17.- Cambios en el enunciado del problema de salud según grupos CIPSAP-2-Definida.

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	TOTAL
I	7	1	1					2	1			7				1	1		21
II		2							1	2									5
III		1	3						1			1				2			8
IV	1	2		4					1							3			11
V				1	16	1	2										1		21
VI	1				3	39	2	2				1		1		1			50
VII	2		1		1	1	69		2			1	2						79
VIII	7	3				1	1	81					1			2	2		98
IX	2	6			2		5		42	2						2			61
X	9	9	1		1				1	36	2		1			5	2	18	85
XI							1			1	2							2	6
XII	9	2						1				12				1			25
XIII	2	3	2		1	2	1			1			118	1		1	6		138
XIV										1				1				1	3
XV																			0
XVI	22	17	26	9	30	18	121	23	70	31		5	14			3	6	2	397
XVII		1					1	1	1			1	8				26		39
XVIII	8		1	1	1	1	3	3		1	1		3			4	1	4	32
TOTAL	70	47	35	15	55	63	206	113	120	75	5	28	147	3	0	25	45	27	1.079

Figura 1.- Ficha de morbilidad.

Problema				Sexo		Médico							
	9	10	11		8		1	2	3	4	5	6	7

Fecha 1ª consulta			T E	Primer apellido				Nombre		Fecha de nacimiento			Consultas												
													1		2		3		4		5		6		
12-13	14-15	16-17	18	19	20	21		22		23-24	25-26	27-28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Anexo

Datos del participante y características de la consulta

MÉDICO: apellidos, nombre.
COMUNIDAD AUTÓNOMA: provincia.
CENTRO DE TRABAJO: teléfono; Domicilio del centro; ciudad; C.P.; provincia
DOMICILIO PARTICULAR: teléfono; ciudad; C.P.; provincia.

1. EDAD (en años):
2. SEXO: V / H
3. AÑO DE LICENCIATURA:
4. ESPECIALIZACION:
    a. MIR
    b. NO MIR
    c. Sin especialidad
5. ESPECIALIDAD:
6. SITUACION LABORAL:
    a. Plaza en propiedad
    b. Interino
    c. Otra:
7. TIPO DE CONSULTA:
    a. Urbana
    b. Rural
    c. Mixta
8. POBLACION ASIGNADA:
9. HORARIO DE CONSULTA:
10. CARGA DE TRABAJO:
    a. Consultas / Centro / Día:
    b. Avisos domiciliarios / Día:
11. CONSULTA DE ENFERMERIA:
    a. Sí
    b. No
12. En caso afirmativo, LA CONSULTA ES:
    a. A demanda
    b. Programada
    c. Ambas
13. ¿Qué tipo de problemas se atienden en la consulta de enfermería?. Enumera algunos de los problemas:

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA



Flor Álvarez de Toledo
Farmacéutica comunitaria. Oviedo (Asturias)
Red Española de Atención Primaria (REAP).

Artículo publicado en: *Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L. La nueva atención farmacéutica: ¿Puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica?. Rev Esp Salud Pública 1995; 69(3-4): 277-82.*

Este trabajo ha sido objeto de dos Ayudas de Investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias (Becas FISS 91/1059 y 94/0133).

INTRODUCCIÓN

En los últimos cincuenta años, la forma de utilización de los medicamentos ha variado de tal modo que, en la actualidad, difícilmente puede entenderse bajo los términos "farmacia" o "farmacéutico" la misma actividad profesional que la designada así en la etapa anterior.

El cambio de perspectiva profesional ha afectado no solamente a la actividad farmacéutica, sino también a la posición del farmacéutico dentro del sistema de salud y a sus relaciones con los otros profesionales sanitarios. El resultado de estos factores ha sido una evolución, casi revolución, en los conceptos y contenidos del ejercicio de la profesión farmacéutica que afectará no sólo a ésta, sino al resto de los profesionales de la salud. Como muestra de este desarrollo, en la tabla 1 se recogen algunos de los cambios conceptuales ocurridos en la terminología profesional.

En este artículo se revisan, por un lado, los condicionantes fundamentales que han facilitado el cambio, así como las características de la nueva actividad farmacéutica y su probable evolución. Por otro, se presentan los resultados preliminares de la investigación realizada acerca de esas características.

Tabla 1. Cambios conceptuales en la terminología farmacéutica.

Término técnico	Sentido anterior	Sentido actual
APROVISIONAMIENTO	de *materias primas* para elaborar medicamentos	de *productos* fabricados por terceros
RECETA	indica lo que debía *elaborarse y dispensarse*	indica lo que debe *entregarse y monitorizarse*
DISPENSACIÓN	*entregar la porción necesaria* para un tratamiento de una cantidad mayor previamente elaborada	*entregar un medicamento* con la *información necesaria* para que sea *eficaz y seguro*
INFORMACIÓN	sobre la *utilización*	sobre su *uso óptimo* que consiga *eficacia y seguridad en cada paciente*

LOS FACTORES DEL CAMBIO

Sin duda, las circunstancias que se mencionan a continuación han contribuido de manera decisiva a favorecer la evolución mencionada:

1.- La aparición del concepto "Farmacia Clínica" y la subsecuente creación de las Asociaciones de Farmacia Clínica, la europea (*European Society of Clinical Pharmacy*) en 1979, para apoyar el cambio desde una *farmacia-orientada-al-medicamento* a una *farmacia-orientada-al-paciente* [1].

2.- El cambio en las competencias reconocidas a la profesión en el Reino Unido, fundamentalmente a partir del Informe Nuffield de 1986 y la reforma sanitaria británica de 1988, que contemplaban la posibilidad de retribuir la actividad farmacéutica por nuevos servicios no relacionados directamente con la distribución de medicamentos. En apoyo de este cambio se creó un entorno académico para promover el estudio y la investigación de lo que se ha denominado desde entonces la nueva "Práctica Farmacéutica" [2-4].

3.- La creación y difusión por Hepler y Strand del término y concepto subyacente de *Pharmaceutical Care* ("atención farmacéutica" o AF), respaldado por la Asociación Farmacéutica Americana [5]. El concepto de atención farmacéutica implica la asunción definitiva por parte del farmacéutico de una serie de responsabilidades sobre el resultado de la terapéutica farmacológica en cada paciente. Sus propios autores indicaron en su momento que esto significaría despegarse de la "adolescencia profesional" que supone el movimiento de la Farmacia Clínica, para entrar en una etapa de madurez [6].

4.- El cambio de posición institucional de la Organización Mundial de la Salud, tradicionalmente remisa a reconocer el papel sanitario de los farmacéuticos, afirmando en un reciente documento

que el modo de conseguir una utilización racional y eficiente de los medicamentos pasa necesariamente por una mayor responsabilización de los farmacéuticos en cuanto al resultado de la terapia farmacológica en los pacientes [7].

5.- El apoyo explícito desde la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) mediante la llamada “Declaración de Tokio” de 1993 sobre los estándares de calidad de los servicios farmacéuticos, en el que se emplaza a las Organizaciones Profesionales y a los Gobiernos a la adopción de criterios que permitan mejorar la prescripción y el uso de los medicamentos por la población [8].

EL NUEVO MODELO

Definidos y aceptados los nuevos contenidos de la atención farmacéutica por las organizaciones profesionales y sanitarias de más alto nivel mundial, resta ponerlos en práctica por los profesionales que trabajan en la asistencia sanitaria, es decir, en las farmacias (institucionales o directamente abiertas a los usuarios). Estas diferencias entre el nuevo modelo y el ejercicio profesional generalizado es un hecho de la máxima importancia en cualquier abordaje del tema.

Se trata de confiar en que los problemas potenciales relacionados con un producto técnicamente complejo y de alto coste como es el medicamento, pueden ser evitados estableciendo una monitorización profesional que, subsidiariamente, hará más eficiente la terapéutica farmacológica.

Aparecen en este sentido una serie de cuestiones prioritarias que deben ser consideradas con carácter previo: ¿Con qué estructura farmacéutica se puede poner en marcha una estrategia de este tipo? ¿Son necesarios nuevos instrumentos y nueva formación y, en ese caso, en qué materias? ¿Cuál es el proceso de la atención farmacéutica? ¿Cómo se entiende la calidad en la atención farmacéutica?.

Ante este cambio de enfoque, autores como Kielgast han señalado el peligro de que el término atención farmacéutica pueda entenderse tanto como “una venta de medicamento acompañada de sonrisas agradables y consejo amistoso”, como un “programa científicamente organizado para cribar problemas, relacionados con los medicamentos en los pacientes, y resolverlos” [9].

EL EJE DEL NUEVO MODELO

Considerando el término atención farmacéutica en la última acepción citada, parece evidente que el núcleo de las nuevas actividades para realizarla se centra básicamente en torno a dos campos:

a) El filtrado y alerta de los posibles “problemas relacionados con medicamentos” (PRM) en la población atendida por cada farmacia, y

b) La intervención del profesional en su resolución.

El tipo de problema relacionado con el medicamento que el farmacéutico debe detectar y resolver aparece, de esta manera, como la clave del nuevo planteamiento profesional que hemos denominado atención farmacéutica y cuyo núcleo consiste en realizar *Intervención Farmacéutica* (IF).

Tradicionalmente, los problemas relacionados con el medicamento que los farmacéuticos con el medicamento que los farmacéuticos han venido resolviendo son los derivados de un servicio de distribución, es decir, aquellos relacionados con el hecho de que la población disponga de los medicamentos que necesita (*abastecimiento*) en sus condiciones óptimas de uso (*conservación*), así como de los consejos pertinentes sobre su utilización.

Por el contrario, la evolución hacia la atención farmacéutica abre el abanico de problemas relacionados con el medicamento a todos aquellos que se deriven de un mal uso, que no utilización, de los mismos. En este caso estaría la *duplicidad*; *la posología tóxica o ineficaz*; las *interacciones*; las *contraindicaciones* por situación de minusvalía personal, social, o patología subyacente, y *las reacciones adversas a medicamentos* que sean causas de mal resultado terapéutico [10]. Como ejemplo, en la tabla 2 se contrastan los diferentes tipos de problemas a resolver, planteados en el modelo tradicional y en el modelo basado en la intervención farmacéutica.

En este contexto, debe tenerse en cuenta que las clasificaciones más recientes acerca de los errores de medicación[11], errores de prescripción[12] y problemas relacionados con la medicación[13,14], difieren fundamentalmente en la inclusión de: a) los errores en la administración de medicamentos cuando esa tarea es responsabilidad de la farmacia, o b) el problema “indicación errónea de un medicamento”, cuya detección generalmente es rechazada como competencia propia del farmacéutico.

La definición de cuáles son los problemas relacionados con la medicación de los que se responsabiliza el farmacéutico, aparece entonces como la cuestión clave ya que, por un lado, condiciona los sistemas de información necesarios para realizar atención

farmacéutica y, por otro, el tiempo del profesional dedicado al filtrado de cada tratamiento. Prueba de ello es que el número de intervenciones farmacéuticas aumenta en un 50%, cuando la información obtenida sobre los tratamientos no proviene exclusivamente de la prescripción, sino que se tiene acceso a otras fuentes [15].

Tabla 2. Tipos de problemas a resolver en los dos modelos de actividad farmacéutica.

Modelo tradicional	Modelo de intervención farmacéutica
Abastecimiento	Abastecimiento
Conservación	Conservación
Información sobre utilización	Información sobre uso adecuado
Posología tóxica	Posología tóxica
	Posología eficaz
	Duplicidad
	Interacciones
	Contraindicaciones
	Reacción adversa al medicamento que impide su eficacia
	Indicación errónea

En el momento presente, la línea de investigación de nuestro grupo sobre la intervención farmacéutica pretende describir los tipos de problemas relacionados con la medicación, que dan origen a intervención con el sistema actual de funcionamiento en nuestras farmacias (es decir, con un mínimo de información), así como valorar los tiempos dedicados a su realización y la calidad de las intervenciones farmacéuticas.

Los resultados obtenidos en una investigación anterior sobre los errores de prescripción detectables en las oficinas de farmacia [16], así como los resultados preliminares del estudio pilotos de la investigación actual sobre intervención farmacéutica (tabla 3), reflejan que la mayoría de los errores de prescripción, es decir, los errores, ya descritos más arriba, contenidos en la prescripción individual que llega a la farmacia para obtener con ella la dispensación de un medicamento, así como los problemas relacionados con la medicación, detectados en nuestras farmacias, son consecuencia del nivel de información habitual en el proceso de dispensación, correspondiendo la mayor frecuencia de problemas a los derivados de la falta de precisión en la prescripción de lo que se ordena dispensar [17]. Estos

resultados apoyan la idea de que, con la información disponible actualmente en nuestro sistema de distribución de medicamentos, no es posible realizar atención farmacéutica. No obstante, al realizar la estimación de costes de la intervención farmacéutica en relación con el resultado sanitario evaluado, encontramos un primer balance muy positivo para este tipo de actualización profesional [17].

Tabla 3. Comparación entre los tipos de error y los problemas relacionados con la medicación detectados en la intervención farmacéutica.

Tipos de errores de prescripción [16]			Problemas relacionados con medicamentos [17]		
Errores	n	(%)	PRM	n	(%)
Indicación incorrecta	23	(4,5)	Indicación incorrecta	3	(6)
Error de posología	128	(25,4)	Posología incorrecta	4	(8)
Interacción	19	(3,7)	Interacción	7	(14)
Contraindicación	35	(6,9)	Contraindicación	13	(26)
Desconocimiento de lo que debe dispensarse	299	(59,3)	Omisión de receta y/o desabastecimiento	16	(32)
			Duplicidades y otros	7	(14)
Total errores	504	(100)	Total de problemas	50	(100)

Una vez probada la efectividad de la intervención farmacéutica, basándose en los resultados clínicos obtenidos, procede estimar su coste. El enfoque seguido consiste en estimar el coste de los recursos específicos empleados en transformar la mera distribución de medicamentos en un servicio asistencial (es decir, el coste incremental). De esta manera, pretendemos confrontar los resultados clínicos con los costes directos que permiten alcanzar esos resultados mediante un estudio de coste-resultados [18].

Tabla 4. Costes directos de la intervención farmacéutica.

A.	Costes no farmacéuticos	
B.	Costes farmacéuticos:	
	B1.	Tiempo del profesional
	B2.	Soporte material: - Teléfono - Fax - Correo - Consultas bibliográficas - Consultas al centro de información del medicamento - Equipo informático - Desplazamiento

En la tabla 4 se identifican los principales costes directos de la intervención farmacéutica, identificando como el recurso más relevante el valor del tiempo del profesional que interviene. La importancia de esta variable ha sido ya puesta de manifiesto en otros estudios, si bien en contextos distintos, en particular en el ámbito hospitalario [19]. Aparte de la variable tiempo, se considera, por otra parte, el coste del apoyo material que el farmacéutico pueda precisar para intervenir (consultas bibliográficas, consultas al Centro de Información del Medicamento, equipo informático, registro de pacientes, llamadas telefónicas, fax, correo y desplazamientos).

En el estudio piloto realizado en Asturias, tal y como se supuso al iniciarlo, el recurso indiscutiblemente más importante resultó ser el tiempo empleado por el profesional que interviene. Cada intervención farmacéutica representó un tiempo medio de 14,5 minutos y un coste medio (en términos del tiempo dedicado por el farmacéutico) de 414 pesetas [17].

En apoyo del modelo, debe mencionarse también que la intervención farmacéutica, además del beneficio clínico, genera resultados económicos positivos al liberar recursos económicos. En aquellos casos en que la intervención conlleva la modificación del tratamiento, puede suponer un ahorro neto en términos de gastos en medicamentos. Las dificultades que plantea estimar cuánto hace variar la intervención el coste del tratamiento completo, nos ha obligado a limitar la estimación al coste de los envases de los medicamentos en juego en cada intervención. En todo caso, se ha detectado una tendencia a la baja en el coste de los medicamentos implicados.

Pensamos que, aunque con cierta precaución y a la espera de los resultados definitivos, se puede afirmar que este resultado apunta a que una intervención bien establecida, especialmente cuando se efectúa sobre pacientes con riesgo (ancianos, sujetos polimedicados, etc), supone un importante beneficio terapéutico [14], así como una disminución del gasto farmacéutico y, por tanto, un ahorro de recursos económicos para el Sistema, susceptibles de otros empleos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francke GN. Evolvement of Clinical Pharmacy. Drug Intellig and Clin Pharm 1969; 3: 353.
2. The Nuffield Foundation. Pharmacy: A report to the Nuffield Foundation. Londres: The Foundation; 1986.
3. Promoting better health. Cm 249. Londres: Her Majety Stationery Office; 1987.
4. D`Arcy PF, Curtis SJ, Florence AT, Geenleaf JC. Academic Practice Units and the School of Pharmacy of London. Int J Pharm Practice 1991; 1: 49-52.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and Responsabilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-43.
6. Hepler CD. The Future of Pharmacy: Pharmaceutical Care. Am Pharmacy 1990; NS30: 583-9.
7. WHO. Second Meeting on the Role of the Pharmacist in the Health Care System (WHO/PHARM/94.569); 1993 Aug 31 - Sep 1; Tokio. Tokio: World Health Organization; 1993.
8. The International Pharmaceutical Federation. The Tokio Declaration. Standards for Quality of Pharmacy Services (Good Pharmacy Practice). Amsterdam: The Federation; 1993.
9. Kielgast PJ. Pharmaceutical Care. Int J Pharm Practice 1993; 5: 125-6.
10. The American Society of Hospital Pharmacy. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharmacy 1993; 50: 305-14.
11. Allan EL, Barker KN. Fundamentals of medication error research. Am J Hosp Pharmacy 1990; 47: 555-71.
12. Rupp MT, Schondelmeyel SW, Wilson GT, Krause JE. Documenting Prescribing Errors and pharmacis interventions in Community Pharmacy Practice. Am Pharmacy 1988; NS28: 30.
13. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lasam GD. Drug related problems: Their structure and function. Ann Pharmacother 1990; 24: 1093-7.
14. Grymonpre RE, Williamson DA, Huynh DH, Desilets LM. A community-bases pharmaceutical care model for the elderly: report on a pilot projet. Int J Pharm Practice 1994; 2: 229-34.
15. Lanningan NA. Screening for pharmaceutical care issues in a general surgical unit. Pharmac J 1994; 252: 134-5.
16. Álvarez de Toledo F, Zardaín E, Eyaralar T, Dago A, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. Aten Primaria 1993; 11: 70-4.

17. Cabiedes L, Arcos P, Álvarez de Toledo F. Evaluación económica de la Intervención Farmacéutica. XIV Jornadas de Economía de la Salud. 1994 junio; Santiago de Compostela. Santiago de Compostela: Asociación de Econmía de la Salud; 1994.
18. Drummond MF, Stoddart GL, George WT. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
19. Barber ND, Blackett A, Batty R. Does a high workload decrease ward pharmacist´s clinical monitoring?. Int J Pharm Practice 1993; 2: 152-5.

EVALUACIÓN DE LA SUSTITUCIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS CON RECETA EN FARMACIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Antonio Barbero González
Farmacéutico Comunitario. Madrid
Red Española de Atención Primaria (REAP)

Artículo publicado en: *Barbero González JA, de Diego Berlinches A, del Barrio Sánchez H, Pastor-Sánchez R. Sustituciones de medicamentos en oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 1999; 23(9): 526-32.*

INTRODUCCIÓN

En España, se pueden prescribir 11.482 especialidades farmacéuticas que son financiadas por el sistema público de salud[1]. Tal variedad de medicamentos hace difícil para las Farmacias Comunitarias disponer, en todo momento, de todos los productos comercializados, tanto en marcas como en presentaciones, originando faltas o fallos de *stock*. Estas carencias se pueden deber a un mal abastecimiento, a ventas no previstas para una determinada fecha, a la novedad de un producto o a la retirada de éste del mercado. El farmacéutico debe ajustar su provisión de medicamentos a las necesidades previstas en función de la demanda, época del año, características de la población y área sanitaria, teniendo los principios activos más utilizados y las marcas más prescritas. El uso racional de medicamentos se basa en dar al paciente el medicamento adecuado, a la dosis idónea y en el momento oportuno. Si el medicamento no está disponible, no se conseguirá dicho objetivo. Este problema se puede resolver con la sustitución, por el farmacéutico, de un medicamento por otro de la misma composición y con el consentimiento del paciente.

La Ley del Medicamento en su artículo 90 permite al farmacéutico realizar la sustitución de especialidades farmacéuticas [2]. "Cuando por causa legítima en la oficina de farmacia no se disponga de la especialidad farmacéutica de marca o denominación convencional prescrita, el farmacéutico podrá, con consentimiento y conformidad del interesado, sustituirla por otra con denominación

genérica u otra especialidad farmacéutica de marca que tenga igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación".

La mayoría de los países desarrollados están fomentando la sustitución de medicamentos, teniendo un protagonismo especial las especialidades farmacéuticas genéricas (EFG), para la contención del gasto farmacéutico [3-7]. Las políticas con mayor éxito, se han basado en dar incentivos económicos al farmacéutico para compensar las pérdidas económicas producidas al sustituir una marca por un genérico [8,9]. Esto ha llevado a muchas polémicas sobre las diferentes características de biodisponibilidad de los medicamentos sustituibles [10-12]. Este problema se ha solventado con los estudios de bioequivalencia, convirtiéndose en un tema transcendental y en continuo desarrollo.

El objetivo de este estudio es conocer la magnitud y las características de los fallos de *stock* y de las sustituciones de especialidades farmacéuticas con receta en Farmacias Comunitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional transversal con farmacéuticos comunitarios voluntarios y sin incentivos económicos o en especie. El grupo investigador no solicitó, ni recibió apoyo, financiación o recursos de la industria farmacéutica o afines.

Para registrar los datos se confeccionó un impreso, y para perfeccionarlo se realizó una prueba piloto, durante el mes de noviembre de 1995, en dos Farmacias Comunitarias. La hoja de recogida de datos de los medicamentos que faltaban en las farmacias quedó definitivamente constituida por los siguientes apartados:

- datos del medicamento prescrito: nombre comercial completo, código nacional, grupo terapéutico, precio.
- tipo de receta: privada, del Insalud, o de otros organismos (Muface, Isfas, etc.)
- datos de la persona portadora de la receta: sexo y edad.
- causas por las que se produce la falta del medicamento.

- datos del medicamento sustituto: nombre comercial, código nacional, grupo terapéutico, precio.
- propuesta de sustitución: aceptación o rechazo.

Para captar las farmacias participantes en el estudio se insertó un anuncio en el Boletín del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid [13] en febrero de 1996. El grupo investigador tuvo una primera reunión con 25 farmacéuticos para explicarles los objetivos y características del estudio, aceptando tomar parte en el mismo 18, aunque finalmente sólo 9 farmacéuticos recogieron los datos según el protocolo del estudio.

Las farmacias se agruparon según la población a la que prestan sus servicios utilizando la clasificación empleada por un grupo de farmacéuticos comunitarios de Vizcaya [14]. La clasificación fue: Farmacia rural (farmacia única en municipio de menos de 3000 habitantes), Farmacia urbana de centro (centro de grandes poblaciones), Farmacia urbana de barrio (periferia de grandes poblaciones), Farmacia de ambulatorio (situada a menos de 250 metros de un ambulatorio o centro de salud).

La recogida de datos se realizó durante un año, en cuatro meses diferentes, teniendo en cuenta la estacionalidad de las prescripciones [15]. Los meses de recogida de datos fueron: mayo de 1996, cuatro semanas del verano (variando según las vacaciones de cada farmacéutico), noviembre de 1996 y febrero de 1997. Durante el período de estudio no existían las especialidades farmacéuticas genéricas (E.F.G.), ni los precios de referencia para los medicamentos.

Cuando el paciente, o una persona delegada por éste (en adelante llamaremos a ambos paciente), presentaba una receta y no se disponía en esos momentos en la farmacia del medicamento prescrito (falta o fallo de *stock*), comenzaba el registro de los datos, se sustituyera o no finalmente. Si se producía dicha sustitución se completaban los apartados correspondientes a la misma. Todas ellas se realizaron con el expreso consentimiento del paciente, o su representante, según marca la ley. Las sustituciones y los registros de los datos fueron realizadas por farmacéuticos y no por personal auxiliar.

A efectos del estudio se consideraron las siguientes definiciones:

- Falta o fallo de *stock*: a la presentación de una receta médica, no se dispone del medicamento en la farmacia por diversas causas.
- Rotura de *stock*: fallo de *stock* de una especialidad farmacéutica de la que se dispone normalmente.
- Medicamentos nuevos: aquellos que fueron comercializados por primera vez desde enero de 1995 (un año antes del estudio) y durante todo el período que abarcó la investigación (hasta febrero de 1997). Para ello se utilizó la fecha de alta del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España que publica el Catálogo General de Especialidades Farmacéuticas en la revista Panorama Actual del Medicamento, editada por el mismo organismo[16,17]. En cuanto a la clasificación de las novedades terapéuticas se utilizó la del Ministerio de Sanidad a través de la revista Información Terapéutica de la Seguridad Social [18-23].
- Sustitución de especialidades farmacéuticas: se llevó a cabo según la definición de la Ley del Medicamento [2].
- Proceso de sustitución (consta de cuatro fases): la primera comprende la elección por parte del paciente de la farmacia donde quiere obtener su medicación. Segunda fase: en la farmacia elegida puede ocurrir que se tenga el fármaco prescrito y por lo tanto se dispensará; pero también puede ocurrir que no se disponga del medicamento en ese momento. Esto es lo que constituirá el fallo de *stock*. Fase tercera: en el fallo de *stock* podemos encontrarnos con tres situaciones que dependerán exclusivamente del criterio del farmacéutico: no se da ninguna alternativa y el paciente tendrá que buscar el medicamento en otra farmacia; el paciente espera unas horas o días hasta que en la farmacia se reciba el medicamento; o bien, el farmacéutico propone al paciente la sustitución. Cuarta fase: el paciente acepta o no la sustitución.

Una vez terminado cada período de recogida de datos, todos los impresos registrados se revisaron para evitar errores por omisión o mala cumplimentación. Los datos se procesaron utilizando la base de datos Access 97 (Microsoft corp.), la hoja de cálculo Excel 97 (Microsoft corp) y la evaluación estadística se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS/PC$^+$ 6.0 para Windows 3.11. Para la evaluación estadística se utilizó la chi cuadrado para las proporciones. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas cuando $p< 0.05$.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grau Bartomeu J, Benavent Areu J, Casajoana Brunet J, Franch Nadal J, Salgado Pineda M, Cucurull Folguera E. Evolución de la calidad y del precio de la oferta farmacéutica financiada por el sistema público de salud. Aten Primaria 1997; 20:281-286.
2. Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento. BOE 22 de diciembre 1990; (306): 38228-38246.
3. Guerra Aguirre FJ, Crespo Sanchez-Eznarriaga B. Prescripción de genéricos [editorial]. Aten Primaria 1994; 13(5): 223-224.
4. Thiel MH, Föster F, Keller T. Situación y tendencias en el mercado internacional de genéricos. El Farmacéutico 1996; (171): 73-76.
5. Nightingale SL, Morrison JC. Generic drugs and the prescribing physician. JAMA 1987; 258: 1200-1204.
6. Anis AH. Substitution laws, insurance coverage, and generic drug use. Med Care 1994; 32: 240-256.
7. Oquiñena Marco L. Medicamentos genéricos y oficina de farmacia. ACOFAR 1996; (344 sup): 1-29.
8. Gisbert R, Rovira J, Illa R. Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia. En: López i Casasnovas G, Rodriguez Palenzuela D, eds. La regulación de los servicios sanitarios en España (1ª ed). Madrid: Civitas; 1997. p. 390.
9. Gervás Camacho J, Pérez Fernández M. Farmacoeconomía y medicina general. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, eds. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos (1ª ed). Madrid: Editores Médicos; 1995. p. 195.
10. Walker M, Bryce D, Carter NW. Generic prescibing [carta].BMJ 1986; 292: 762.
11. Levy RA. Therapeutic risks associated with substitution of pharmaceutical alternatives [carta]. N Eng J Med 1985; 313(12): 755-756.
12. Wyllie E, Pippenger CE, Rothner D. Increased seizure frecuency with generic primidone. JAMA 1987; 258(9): 1216-1217.
13. Estudio sobre sustitución de medicamentos. Información Colegial 1996; (2): 3.
14. Gorostiza Hormaetxe I, Del Arco Ortiz de Zárate J, Aburto Goiri AM, García Pérez MC, Sánchez Ojanguren MJ. Evaluación de una campaña sobre el uso adecuado de laxantes en las farmacias comunitarias. Farm Clin 1995; 12(1): 18-27
15. Herrero MD, Prieto Yerro I. Evolución y estacionalidad en el consumo de medicamentos en el período 1980-1986. Inf Ter Segur Soc 1987; 11(7): 133-138.

16. Nuevos medicamentos en 1995. PAMGEB 1996; 20(192): 136-142
17. Nuevos medicamentos en 1996. PAMGEB 1997; 21(205): 384-394
18. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M, Ferré de la Peña P. Nuevos principios activos. Inf Ter Sist Nac Salud 1996; 20(1): 12-24.
19. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos. Inf Ter Sist Nac Salud 1996; 20(4): 87-89.
20. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos. Inf Ter Sist Nac Salud 1996; 20(5): 117-119.
21. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos. Inf Ter Sist Nac Salud 1996; 20(6): 137-139.
22. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M, Sierra Bermejo M. Nuevos principios activos: revisión 1996 (1ª parte). Inf Ter Sist Nac Salud 1997; 21(1): 11-28.
23. Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M, Sierra Bermejo M. Nuevos principios activos: revisión 1996 (2ª parte). Inf Ter Sist Nac Salud 1997; 21(2): 49-56.

Proyecto de investigación en Atención Farmacéutica sobre pacientes con antecedentes de enfermedades coronarias

Flor Álvarez de Toledo
Farmacéutica comunitaria. Oviedo (Asturias)
Red Española de Atención Primaria (REAP)

Artículo publicado en: *Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar Riera T, Abal Ferrer F, Dago Martínez A, Cabiedes Miragaya L, Sánchez Posada I, Álvarez Sánchez G. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Rev Esp Salud Pública 2001; 75(4): 375-88.*

INTRODUCCIÓN

En 1990 los profesores norteamericanos Hepler y Strand definieron la Atención Farmacéutica (AF) como "la provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de conseguir unos determinados resultados que mejoren la calidad de vida del paciente" [1]. A partir de 1993, este nuevo concepto aplicado a la práctica farmacéutica se extendió fuera de EEUU, y de hecho, tanto la Organización Mundial de la Salud [2] como la Federación Internacional Farmacéutica [3], han publicado sendos documentos en los que consideran el modelo de AF como aquel que permitiría desarrollar mejor las funciones sanitarias hoy exigidas de los farmacéuticos.

En Europa ha habido un amplio acuerdo [4,5] para utilizar como definición de referencia la antes reseñada y, en España, el término "Pharmaceutical Care" ha sido traducido habitualmente desde 1995 como "Atención Farmacéutica". Iniciativas variadas, de investigación, docentes y legislativas, han contribuido a despertar un inusitado interés por la AF en nuestro país desde diferentes perspectivas a las que no han sido ajenos los intereses corporativos (tanto médicos como farmacéuticos) y las críticas, más basadas en opiniones que en resultados concretos de investigación [6].

Nuestro grupo entiende que la AF realizada por los farmacéuticos proveedores de medicamentos es una actividad preventiva de primer orden ya que la vigilancia y seguimiento del uso de los medicamentos en los pacientes no institucionalizados permite detectar precozmente problemas sanitarios que podrían ser graves si

no son atajados inicialmente. Una vez valorados y confirmados esos problemas, el farmacéutico puede intervenir por sí mismo o derivar el problema a otro profesional para conseguir su resolución o prevención.

Estos problemas sanitarios, denominados Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) en el contexto de la AF tienen que ver con fallos de efectividad, aparición de reacciones adversas no tolerables, falta de uso de tratamientos indicados o prescritos y uso innecesario de medicamentos [7,8].

La investigación dirigida a demostrar que la AF mejora los resultados de salud en los pacientes empezó a publicarse en 1998 [9,10]. En Diciembre de 1999 una nueva revisión[11] concluyó que era necesario mayor rigor en el diseño, así como medir todas las variables propuestas por Kozma en su modelo ECHO[12] (variables capaces de medir resultados Económicos, Clínicos y Humanísticos). En Europa, las primeras publicaciones sobre AF que mostraron mejores resultados en los tres tipos de variables citadas fueron las relativas a los proyectos TOM-Asthma[5] y Proyecto OMA[13] en su parte correspondiente a pacientes cardiacos.

Además de la importancia epidemiológica, otras razones para elegir el grupo de pacientes con enfermedad coronaria fueron: la existencia de evidencia científica sobre la efectividad de los diferentes fármacos usados para prevenir nuevos episodios de la enfermedad o el avance de sus secuelas[14-17], la contraindicación de muchos medicamentos de no prescripción en pacientes con historia de la enfermedad[18,19] y el desconocimiento de los resultados del uso inadecuado de los tratamientos farmacológicos cuando son usados principalmente con fines preventivos.

El objetivo general de TOMCOR (therapeutics outcomes monitoring on coronary patients) fue evaluar los efectos de la AF en una muestra de farmacias españolas, sobre pacientes que habían sufrido algún episodio coronario agudo y bajo el modelo de organización sanitaria y farmacéutica de nuestro país. Los objetivos específicos eran: (a) demostrar la factibilidad de la AF en nuestro medio; es decir, si es factible realizar una actividad sistemática y documentada orientada a detectar y resolver Problemas Relacionados con Medicamentos de los pacientes atendidos en las oficinas de farmacia de la muestra, por los farmacéuticos que trabajan en ellas, sin

más entrenamiento previo específico que el del proceso a seguir; (b) valorar la efectividad de la AF sobre los resultados de salud de la farmacoterapia mediante la detección de una mejora de los resultados clínicos (diferencias entre los grupos de pacientes respecto a la mortalidad, el reinfarto o las consultas a demanda y urgentes del paciente, como indicadores de morbilidad); así como de una mejoría en los resultados sanitarios no clínicos, es decir los denominados resultados humanísticos por Kozma[12], que son: el aumento del conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, el aumento y mejora del conocimiento de los medicamentos usados por cada paciente, la variación y/o mejora de su calidad de vida al final del seguimiento y el grado de satisfacción con la AF, así como los aspectos más apreciados de la misma. La hipótesis a probar era que la AF mejoraría los resultados de salud, precisados en este párrafo, de la población que la recibe.

SUJETOS Y MÉTODOS

La metodología utilizada, diseñada en la Universidad de Florida y probada en otros estudios hechos en Europa desde 1992 [5,20], corresponde a un estudio de intervención con grupo de control, de tipo prospectivo y con aleatorización de grupos.

Participaron en el estudio 83 farmacias voluntarias de Asturias, Barcelona, Madrid y Vizcaya que hicieron el seguimiento de uso de los medicamentos para los 735 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y prestaron su consentimiento a participar en el estudio. El tamaño necesario de muestra se calculó respecto a la variable indicadora de morbilidad para la que se disponía de datos: la tasa de reinfarto (10% en los primeros 6 meses tras el primer infarto), bajo la hipótesis de una potencial disminución del 4%, si se usa adecuadamente la medicación preventiva dentro del programa de AF.

La captación de las farmacias se hizo mediante una carta a 200 de ellas, cuyos farmacéuticos titulares habían participado en investigaciones previas sobre los servicios de la farmacia comunitaria [21,22]. Se pretendió que tanto los farmacéuticos del grupo control como los del grupo intervención tuviesen el mismo nivel de "motivación" respecto al ejercicio de la Atención Farmacéutica.

Los *posibles* pacientes coronarios fueron identificados en las farmacias mediante el uso de medicamentos-centinela tales como

antiagregantes, anticoagulantes, beta-bloqueantes cardioselectivos, hipolipemiantes y nitratos.

Los criterios para emparejar las farmacias fueron: localización geográfica (área sanitaria de ubicación), atención sanitaria recibida por su población (centros de salud que atendían a sus pacientes y hospitales de referencia para hospitalización) y carga de trabajo (volumen de dispensación/número de trabajadores totales y /número de farmacéuticos). La aleatorización de las farmacias se hizo por grupo, una vez emparejadas.

A los pacientes identificados como *posibles* enfermos coronarios, se les solicitó el informe de alta de su último episodio coronario con hospitalización. Fueron excluidos del estudio todos los pacientes que no aceptaron firmar el documento de consentimiento para participar, así como: (a) los pacientes que no aportaron el informe de alta de su último episodio con hospitalización o cuyo informe no confirmaba el diagnóstico presuntivo de episodio coronario agudo, (b) los pacientes que no eran autónomos para su desplazamiento, (c) los pacientes que planificaban ausentarse del entorno de la farmacia más de tres meses durante el año de seguimiento, (d) los pacientes cuyo informe de alta incluía un diagnóstico de diabetes complicada o enfermedad terminal y, (e) los pacientes del grupo de intervención cuyo médico de Atención Primaria no aceptó explícitamente participar en el seguimiento de AF en la farmacia.

De acuerdo con la legislación vigente en ese momento, se pidió consentimiento a los pacientes para registrar sus datos de consumo de medicamentos, archivar datos clínicos en las farmacias y realizar informes farmacoterapéuticos para sus médicos, así como para transferir los datos necesarios a la sede del estudio garantizando su anonimato. Aunque el criterio principal de inclusión de pacientes en el estudio era haber tenido un episodio documentado de enfermedad coronaria, la AF a cada paciente se realizaba sobre toda su farmacoterapia y necesidades farmacológicas de todas sus patologías.

La intervención, hecha por farmacéuticos, consistió en realizar AF (prevenir, detectar y resolver PRM) según el protocolo de actuaciones y registros diseñado al efecto [23-25] en el que fueron entrenados todos los farmacéuticos del grupo Intervención. El entrenamiento tuvo dos fases: (a) una primera de doce horas de

formación sobre fisiopatología de la enfermedad coronaria y su terapéutica farmacológica que se impartió por igual a los dos grupos (se pretendía que la única diferencia en el servicio recibido por los pacientes se debiese al proceso específico de AF y no al nivel de conocimientos teóricos de los profesionales) y, (b) otra segunda, sólo para el grupo de intervención, consistente en veinte horas de entrenamiento en el proceso de AF propiamente dicho (oferta del servicio al paciente y a su médico de AP, entrevista inicial y evaluación del plan terapéutico, datos a registrar en las sucesivas visitas que permitan la detección e identificación de PRM, modo de realizar las intervenciones farmacéuticas). Los profesionales del grupo intervención realizaron además dos seminarios acerca de la evaluación y resolución de casos reales, con el fin de homologar la intervención dentro del grupo.

En el grupo control los pacientes fueron atendidos siguiendo el modelo habitual de atención en las farmacias de nuestro país, es decir: ofreciendo consejo sanitario ocasional, sin registrar los datos necesarios para identificar problemas en relación con el uso de medicamentos, ni realizar intervenciones para solventarlos. La colaboración con los médicos de los pacientes en ambos grupos se limitó a la práctica habitual en el grupo de control, mientras que en el de intervención los médicos de los pacientes conocían y aceptaban que en la farmacia se registrasen los datos sobre uso de medicamentos descritos en el protocolo y, se interviniese sobre ellos cuando, a juicio del farmacéutico podía mejorarse la efectividad o seguridad de cualquier tratamiento; si ello exigía cambios (supresión, inicio o cambio de pautas) en medicamentos de prescripción, por supuesto, la comunicación con el médico era obligada así como la aceptación de su criterio terapéutico.

Las fuentes de información para la recogida de los datos de mortalidad y morbilidad, fueron los registros efectuados por los farmacéuticos, en ambos grupos, a partir de la documentación clínica aportada por el paciente o sus familiares y de entrevistas personales bimensuales, realizadas en los dos grupos. Las diferencias en resultados clínicos se midieron en términos de mortalidad y morbilidad, considerando para esta variable los reinfartos como indicador directo y el uso de servicios médicos de urgencia y número y características de las hospitalizaciones como indicadores indirectos.

Las diferencias en los resultados no-clínicos o "humanísticos" se midieron, entre grupos, al inicio y al final para la calidad de vida y solamente al final para las otras variables. Para medir la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36 validado en castellano, cuya fiabilidad, validez y sensibilidad para medir estado de salud en poblaciones con enfermedad coronaria han sido recientemente descritas[26]. Al inicio del estudio, se distribuyó el cuestionario a una muestra del 20% de ambos grupos para comprobar la homogeneidad de la calidad de vida en ese momento. La comparación final entre grupos se realizó entre las medias de cada dimensión, así como frente a los valores poblacionales medios obtenidos en España por sexo y grupo de edad comparable [27].

Para medir el conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad, el conocimiento de los medicamentos y la satisfacción con el servicio prestado en las farmacias se usaron cuestionarios elaborados específicamente para TOMCOR. Los cuestionarios fueron probados previamente en 40 pacientes de farmacias que realizaban el mismo protocolo de AF pero no eran participantes en el estudio y, tras este pilotaje, se modificaron algunos items y sus escalas de medida, distribuyéndose al final del estudio entre los 600 pacientes que perduraban.

El análisis estadístico de las variables cuantitativas se realizó mediante tests de comparación de medias y para las variables cualitativas se usó la prueba de chi cuadrado; En ambos casos consideramos significativos los valores de $p<0,05$. Para analizar la consistencia interna de los cuestionarios se aplicó la alfa de Cronbach.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hepler CD, Strand LM, Opportunities and Responsabilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm 1990; 47:533-543.
2. World Health Organization. Second Meeting on the Role of the Pharmacist in the Health Care System. (Q.H.O./PHARM/94.569); 1993 Aug 31 – Sept 1; Tokio: WHO; 1993.
3. The International Pharmaceutical Federation. The Tokyo Declaration. Standards for quality of Pharmacy Services (Good Pharmacy Practice). Amsterdam: FIP; 1993.
4. Kielgast PJ. Pharmaceutical Care. Int J Pharm Practice 1993; 5: 125-126.
5. Van Mil JWF. Pharmaceutical Care, the future of Pharmacy. Theory, Research and Practice. Doctoral Dissertation. RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN. 2000 january 28. Druk; Drukkerij De Volharding: Groningen; 1999.
6. Costas Lombardía E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. Medicina General 2000; 25:591-598.
7. Strand LM. Drug related problems: their structure and function. Ann Pharmacother 1990; 24:1093-1097.
8. Panel de consenso "ad hoc". Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con medicamentos, Pharm Care Esp 1999; 1:107-112.
9. Jack E. Fincham. Pharmaceutical Care studies: a review and update. Drug Benefit Trends 1998; 41-45.
10. Kennie Natalie R, Schuster Brenda G, Einarson Thomas R. Critical Analysis of the Pharmaceutical Care Research Literature. Ann Pharmacother 1998; 32:17-26.
11. Singhal Puneet K, Raisch Dennis W, Gupchup Gireesh V. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory Care Settings: evidence and recommendations for future research. Ann Pharmacother 1999; 33:1336-1355.
12. Kozma CM, Reeder CE, Schultz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. Clinical Therapeutics 1993; 15(6):1121-1132.
13. Varma S, McElnay JC, Hughes CM, Passmore AP, Varma M. Pharmaceutical Care of patients with cardiac heart failure: interventions and outcomes. Pharmacotherapy 1999; 19(7):860-869.
14. BHAT (Beta-blocker Heart Attack Trial) Research Group. A randomized trial of propanolol in patients with acute myocardial infarction.1. Mortality results. JAMA 1982; 247:1707-1714.

15. ATC (Antiplatelet Trialists' Collaboration): collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy I: prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. BMJ 1994; 308:81.
16. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The scandinavian simvastatin survival study (4S). Lancet 1994; 44:1383-1390.
17. Sacks FM et al.The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. N Eng J Med 1997; 335:1001-1008.
18. Gascón Lecha M.P. Atención Farmacéutica y Oficina de farmacia. El Farmacéutico 1998; (200 supl):12-14.
19. Alexander A. Counter prescribing for patients at risk. (5) Cardiac patients. The pharmaceutical Journal 1992 Feb 15; p. 223-224.
20. Herborg H, Sondergaard B, Frokjaer B, Fonnesbaek L. Quality improvement of drug therapy for asthma patients: a development project and controlled trial in danish community pharmacies. In: Hepler CD (ed). Pharmaceutical Care and community Practice. Jerusalem: FIP; 1996; p. 1-12.
21. Álvarez de Toledo F, Zardaín E, Eyaralar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. Atención Primaria 1993; 11(2): 70-74
22. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L, Dago Martínez A, Eyaralar Riera T. Costes y efectividad sanitaria de la intervención farmacéutica en Oficinas de Farmacia. Farmacoeconomía 1995, II, 9-20
23. Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F, Dago Martinez AM, Pastor Sánchez R, Álvarez Sánchez G, Arcos González P. Actividades del proceso de Atención Farmacéutica: la visita farmacéutica. Pharm Care Esp 1999; 1:70-75.
24. Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F, Dago Martínez AM, Pastor Sánchez R, Álvarez Sánchez G, Arcos González P. Actividades del proceso de Atención Farmacéutica: la entrevista inicial con el paciente. Pharm Care Esp 1999; 1: 145-151.
25. Cabiedes Miragaya L, Eyaralar Riera MT. Evaluación económica de la Atención Farmacéutica: una aproximación metodológica. Pharm Care Esp 1999;1:369-381.

26. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. Heart 2000; 83(6): 641-644.
27. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF36. Med Clin (Barc) 1998; 111:410-416.

Conclusiones de las Primeras Jornadas de la REAP

Horacio del Barrio Sánchez, Raimundo Pastor Sánchez, Luis Miguel García Olmos, Antonio Barbero González.

Al finalizar las Primeras Jornadas de la Red Española de Atención Primaria, hemos creído interesante hacer un monográfico sobre las diversas ponencias desarrolladas en dicha reunión.

En primer lugar, nos gustaría felicitar y agradecer a todos los que de una manera u otra intervinieron o asistieron a esta reunión. Esta primera edición ha resultado ser muy positiva en cuanto al contenido profesional y en donde ha sido posible desarrollar temas que eran comunes a las diferentes profesiones sanitarias. Esto debe ser un punto de partida para ir aprendiendo que la colaboración entre todos los profesionales es la única vía capaz de mejorar la asistencia sanitaria. Es muy importante que exista una continuidad de las Jornadas, al menos anualmente y también sería deseable que la convocatoria se realizase con varios meses de antelación.

En este monográfico aparecen los textos de las distintas ponencias que formaron parte de las Jornadas. Esperamos que de esta manera aquellos que no pudieron asistir puedan sacar sus propias conclusiones de los temas que se trataron.

El primer día, el Dr. Amado Benito de la Iglesia nos expuso sus ideas sobre la comunicación y el trabajo en equipo. Posteriormente se formó una mesa redonda en la que cada miembro participante exponía sus ideas sobre la comunicación entre los profesionales sanitarios. Entre los ponentes se encontraban: Médicos de Atención Primaria, Farmacéuticos Comunitarios, Enfermeras y Farmacéuticos de Gerencia de Área (Atención Primaria).

El tema estrella del día siguiente fue sin lugar a dudas el famoso ”Pharmaceutical Care”, traducido quizás no muy afortunadamente al español como ”Atención Farmacéutica”. La compañera danesa Lotte Fonnesbaek tuvo la gentileza de venir a España a explicarnos cómo han llevado a cabo su Proyecto de Mejora de la Calidad de la Terapia Farmacológica en Pacientes Asmáticos en estrecha colaboración con el padre de la nueva filosofía, Charles Hepler. A continuación, se abrió un fructífero debate. Posteriormente, Flor Álvarez de Toledo presentó el proyecto de investigación de la REAP dentro del ”Pharmaceutical Care”, a desarrollar en el área cardiovascular, incitando numerosas intervenciones.